

Technická univerzita v Liberci
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra: Tělesné výchovy
Studijní program: 2.stupeň
Kombinace: Tělesná výchova – Anglický jazyk

**MONITOROVÁNÍ STAVU ZDRAVOTNĚ OSLABENÝCH ŽÁKŮ A
STUDENTŮ VE ŠKOLNÍ ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVĚ V LIBERCI**

**MONITORING THE CONDITION OF PHYSICALLY DISORDERED
LEARNERS IN CURATIVE PHYSICAL EDUCATION AT ELEMENTARY
AND SECONDARY SCHOOLS IN LIBEREC**

**AUSWERTUNG IN DER SCHULGESUNDHEITLICHEN
KÖRPERERZIEHUNG DER ERSCHWÄCHTEN SCHÜLER UND
STUDENTEN IN DEN SCHULEN IN LIBEREC**

Diplomová práce: 07-FP-KTV-194

Autor:
Barbora KARASOVÁ

Podpis:

.....

Adresa:
Husitská 102/42
460 07, Liberec 9

Vedoucí práce: Mgr. Alena Suchardová

Konzultant:

Počet

stran	slov	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
67	12167	8	19	20	5

V Liberci dne: 13. 5. 2007

Zde bude zadání

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 - školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci dne 13.5.2007

Barbora Karasová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Aleně Suchardové za odborné vedení, podnětné rady a podporu při realizaci a dokončení práce. Dále bych ráda poděkovala všem učitelům tělesné výchovy, kteří byli ochotni a souhlasili s vyplněním dotazníku.

*MONITOROVÁNÍ STAVU ZDRAVOTNĚ OSLABENÝCH ŽÁKŮ A
STUDENTŮ VE ŠKOLNÍ ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVĚ
V LIBERCÍ*

Resumé

Cílem této diplomové práce bylo zjistit aktuální stav předmětu zdravotní tělesná výchova na školách v Liberci a následně porovnat zjištěné údaje s výsledky celostátního průzkumu. K získání potřebných informací jsme použili dotazníkovou metodu. Výzkum proběhl na základních a středních školách v Liberci v období od listopadu 2005 do listopadu roku 2006. Prostřednictvím učitelů tělesné výchovy bylo osloveno celkem 38 základních a 20 středních škol v Liberci. Z výsledků vyplynulo, že současný stav výuky zdravotní tělesné výchovy je zcela nevyhovující a to jak na školách v Liberci, tak i celostátně. Zvyšující se počet zdravotně oslabených žáků by neměl být opomíjen a škola by měla nabízet formu tělesné výchovy vhodnou pro žáky se zdravotním oslabením.

Klíčová slova:

zdravotní tělesná výchova, zdravotní oslabení, oslabení žáci,

KARASOVÁ Barbora DP – 2007 Vedoucí DP: Mgr. Alena Suchardová

**MONITORING THE CONDITION OF PHYSICALLY DISORDERED
LEARNERS IN CURATIVE PHYSICAL EDUCATION AT
ELEMENTARY AND SECONDARY SCHOOLS IN LIBEREC**

Summary

The aim of this diploma thesis was to identify current status of a curative physical education at the schools in Liberec and consequently to compare realized data with the results of nation-wide research. A questionnaire method was used to obtain necessary information. The research was conducted at elementary and secondary schools in Liberec between November 2005 and November 2006. Via school teachers of the physical education subject we addressed in total of 38 elementary schools and 20 secondary schools in Liberec. The results shows that the actual status of the education of the physical training is entirely unsatisfactory at the schools in Liberec as well as nation-wide. The increasing amount of physically disordered learners should not be missed out and the school should definitely offer a form of physical education suitable for physically disordered students.

Key words:

health physical education, health enfeeblement, physically disordered learners

Auswertung in der Schulgesundheitlichen Körpererziehung der
erschwächten Schüler und Studenten in den Schulen in Liberec.

Zusammenfassung:

Ziel dieser Diplomarbeit war, den aktuellen Stand der gesundheitlichen Körpererziehungen an den Schulen in Liberec festzustellen, um nachfolgend die Angabe mit den Ergebnissen der gesamtstaatlicher Forschung zu vergleichen. Für die Auswertung nötigen Informationen haben wir die Fragebogenmethode benutzt. Die Forschung ist in den Grundschulen und Sekundarschulen in Liberec, in dem Zeitabschnitt November 2005 bis November 2006 durchgelaufen. Mit Unterstützung der Sportlehrer wurden gemeinsam 38 Grundschulen und 20 Sekundarschulen in Liberec angesprochen. Aus den Untersuchungen ergab sich, dass der derzeitige Unterrichtsstand der Körpererziehung völlig ungenügend ist, wie in den Schulen in Liberec, sowie gesamtstaatlich. Die steigende Zahl gesundheitlich unterentwickelten Schüler sollte nicht übergehen werden und Schule sollte eine Form der Körpererziehung angepasst für die Schüler mit gesundheitlichen Schwächen, anbieten.

Die Schlüsselwörter:

Gesundheitliche Körpererziehung, Gesundheitliche Erschwächung, erschwächte Schüler.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SYNTÉZA POZNATKŮ	11
1.1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY	11
1.1.1 Zdravotní skupiny	12
1.1.2 Cíle a úkoly školní zdravotní tělesné výchovy	12
1.2 HISTORIE ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY.....	14
1.3 VÝVOJ ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY NA ŠKOLÁCH.....	17
1.3.1 Základní školy.....	18
1.3.2 Školy II. cyklu.....	18
1.3.3 Vysoké školy.....	19
1.4 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍCH OSLABENÍ	20
1.4.1 Oslabení hybného systému.....	20
1.4.2 Oslabení dýchacího systému.....	23
1.4.3 Oslabení kardiovaskulárního systému.....	24
1.4.4 Oslabení endokrinologická a metabolická	25
1.4.5 Oslabení gastrointestinálního systému.....	27
1.4.6 Oslabení gynekologická.....	27
1.4.7 Oslabení nervová a neuropsychická.....	28
1.4.8 Oslabení smyslová	29
1.4.9 Oslabení cvičenců staršího věku.....	29
1.5 EXPLORATIVNÍ METODA VÝZKUMU.....	31
1.5.1 Dotazník.....	31
1.5.2 Rozhovor	32
2 CÍLE A HYPOTÉZY DIPLOMOVÉ PRÁCE	34
3 METODIKA.....	35
3.1 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	35
3.2 POPIS A DISTRIBUCE DOTAZNÍKU PRO UČITELE TĚLESÉ VÝCHOVY	35
3.3 ZPRACOVÁNÍ DAT	36
3.3.1 Statistická významnost rozdílu dvou procentových hodnot	36
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	38
4.1 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK.....	39
4.2 POROVNÁNÍ STAVU ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY V LIBERCI S VÝSLEDKY CELOSTÁTNÍHO ŠETŘENÍ	58
5 DISKUZE	61
6 ZÁVĚR	63
7 LITERATURA.....	65
8 PŘÍLOHY.....	67

ÚVOD

Člověk žije v současné době v daleko složitějších podmínkách, než tomu bylo v minulosti. Se změnou životního stylu, ke které došlo koncem minulého století dochází k nárůstu civilizačních chorob, a ty značně ohrožují zdraví člověka.

Technické vymoženosti, které nás obklopují v běžném životě, do určité míry nahrazují lidskou práci. Narůstá význam duševní práce, přibývá sedavých zaměstnání a ubývá fyzicky náročných prací.

Ubývá také přirozeného pohybu, chůze do zaměstnání, či do školy, je často nahrazována některým z moderních dopravních prostředků. Není divu, cestování dopravními prostředky ušetří spoustu času, kterého v dnešní době nikdo nemá nazbyt.

Snížení tělesné aktivity a nezdravé stravovací návyky vedou k vyššímu počtu obézních osob mezi mladými lidmi, ale i dospělou populací.

Způsob pohodlného života s nedostatkem pohybové aktivity vede ke svalové ochablosti, zhoršené odolnosti všech kloubů a v neposlední řadě se také zhoršuje držení těla. Celkově dochází k poklesu tělesné a duševní kondice.

V důsledku všech těchto změn, které provázejí náš každodenní život, se zvyšuje procento zdravotně oslabených jedinců, kteří mají trvalé nebo dočasné odchylky tělesného vývoje, tělesné stavby a zdravotního stavu. Proto také roste v poslední době význam zdravotní tělesné výchovy.

Úkolem zdravotní tělesné výchovy je odstranit pohybové a funkční nedostatky organismu, vytvořit správné pohybové návyky, zlepšit celkový stav, upevnit správné držení těla a hlavně vytvořit u dětí či dospělých trvalý zájem o pohybovou aktivitu (Pernicová, 1993).

„Během prvních let života získává dítě základy pro zdravý život od rodičů (zdravá výživa, pohyb, hygiena, láska, bezpečí, pochopení). Při vstupu do školy přebírá účast na podpoře zdraví vzdělávací instituce.“ (Strnad, 2005).

Cílem každého učitele tělesné výchovy by proto mělo být vedení žáků ke zdravému životnímu stylu. Tedy naučit i ty žáky, kteří nejsou příliš talentovaní, nebo ty kteří mají určité zdravotní omezení, že pohyb a zdravá výživa je nutnou součástí života každého z nás.

Pro jedince zdravotně oslabené by měla škola zajistit hodiny zdravotní tělesné výchovy, kde by se žáci pod odborným vedením učitele, snažili zmírnit nebo úplně odstranit svá zdravotní oslabení. I když je to pro učitele nesnadný úkol, jejich hlavním cílem by měla být snaha pomoci těmto dětem a tím zajistit zlepšení celkového zdravotního stavu naší populace.

1 SYNTÉZA POZNATKŮ

1.1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY

Zdravotní tělesná výchova je specifickou formou tělesné výchovy, která je určena pro oslabené cvičence. Její rozvoj byl podmíněn společenskými změnami. Výnosem ministerstva školství a kultury z roku 1951 se stala zdravotní tělesná výchova zákonnou formou povinné školní tělesné výchovy pro všechny žáky III. zdravotní skupiny (Škvára, 1973).

Zdravotní tělesná výchova je určena jak pro žáky základních a středních škol, tak i pro posluchače vysokých škol. Při vyučování v odděleních zdravotní tělesné výchovy jsou vybírány cvičební prostředky i metodika se zřetelem k různým druhům oslabení cvičenců. Z lékařského hlediska je zdravotní tělesná výchova chápána jako činnost preventivní, výchovná, ne však léčebná (Strnad, 1989, Srdečný, 1983).

„Naše populace je pro tělesnou výchovu rozdělena do čtyř zdravotních skupin podle směrnic Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR č. 3/1981). K těmto směrnicím byly vydány Ministerstvem zdravotnictví ČR v prosinci 1990 metodické pokyny s účinností od 1.1.1991 ("úprava a výklad směrnice č. 3/1981 MZ ČSR o péči a zdraví při provádění TV a sportu"), kde se uvádí přehled zdravotních skupin.“ (Hálková, 2004). Zdravotní tělesná výchova je určena zdravotně oslabeným jedincům, tj. jedincům patřícím do III. zdravotní skupiny podle zdravotní klasifikace (Hálková, 2004).

1.1.1 Zdravotní skupiny

Podle výše citované směrnice Ministerstva zdravotnictví jsou cvičenci rozděleny do čtyř zdravotních skupin.

a) *I. a II. zdravotní skupina* - do těchto skupin jsou zařazeni jedinci zdraví, kteří se odlišují pouze schopnostmi a mírou připravenosti k tělesnému zatížení, kterým je povolena tělesná výchova a sport v plném rozsahu.

b) *III. zdravotní skupina* - do této skupiny se řadí jedinci s trvalými nebo dočasnými odchylkami tělesného vývoje, pro které existuje forma zdravotní tělesné výchovy (tělesná výchova, která je přizpůsobena druhu oslabení).

c) *IV. zdravotní skupina* - tuto skupinu tvoří lidé nemocní, kde léčebná TV je plně v rukou rehabilitačních pracovníků (Hálková, 2004).

1.1.2 Cíle a úkoly školní zdravotní tělesné výchovy

Cílem zdravotní tělesné výchovy je umožnit zdravotně oslabeným jedincům dosáhnout nejvyššího stupně tělesné zdatnosti, obratnosti a pohybových dovedností, dát jim možnost prožívat radost z pohybu ve vhodně připraveném prostředí a podmínkách, v kolektivu cvičenců stejně oslabených, popř. zdravých a dovést je k trvale dobrému vztahu k pohybu, cvičení a sportu. Tomuto cíli odpovídají zdravotní, vzdělávací a výchovné úkoly tělovýchovného procesu:

- a) Zdravotní úkoly - zajištění dobrého rozvoje organismu, podpora správného tělesného vývoje.

- b) Vzdělávací úkoly - prohloubení znalosti o vlastním oslabení a seznámení s možnostmi jeho ovlivňování.
- c) Výchovné úkoly - vytvořit pozitivní vztah k pohybové aktivitě, který povede k trvalému pohybovému režimu a dalším hygienickým návykům (Strnad, 1989, Kábele, 1988).

1.2 HISTORIE ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY

Význam tělesného pohybu pro zdraví člověka byl znám a uznáván již před naším letopočtem. První zmínka o tělovýchovné činnosti pochází z Číny (z knihy "Kung-Fu" z roku 2698 př.n.l.). Již v této době Číňané jako léčebný prostředek uvádějí dechovou gymnastiku. Také Indové rozvíjejí svůj systém - jógu. Ve starověkém indickém lékařství byla jógová cvičení součástí rehabilitace. Antické pojetí "Kalokagathia" je nám i dnes blízké. Toto pojetí vyjadřuje tělesnou krásu a zdatnost těla v souladu s ušlechtilou myslí (Hálková, 2004, Hošková, Matoušová, 2000, Srdečný, 1983).

U nás stejné myšlenky prosazoval i J.A.Komenský. Pro Komenského byl člověk zdravý, tělesně zdatný, mravný a všem lidem užitečný, ideálem. I ve svých dílech zdůrazňuje význam tělesné výchovy. Myšlenku harmonického rozvoje člověka prosazovali také zakladatelé Sokola Tyrš a Fügner ("jest třeba si přát, aby ve zdravém těle sídlil zdravý duch") (Hošková, Matoušová, 2000).

V 19.století vzniklo několik tělovýchovných soustav, které měly vliv na systematickou péči o zdravotně oslabené. Ve Švédsku zakládá Ling systém nápravné gymnastiky. Cvičení přizpůsoboval zdravotnímu stavu a účinek cviků se měl zvyšovat postupným stupňováním požadavků na cvičence, konstruoval také nové druhy náradí. Lingovy pokrokové myšlenky našly ohlas téměř v celém světě. V Rusku požadoval M.J.Mudrov zavedení tělesných cvičení, masáží a léčby prací. Ruský lékař P.F.Lesgaft přikládal velký význam plavání, vycházkám a bruslení. Jeho systém byl poněkud jednostranný, avšak jeho názory na význam a potřebu rozšíření tělesné výchovy v každodenní činnosti jsou platné dodnes. Z dalších významných autorů, zabývajících se vyrovnávací gymnastikou, je třeba zmínit např. Balland, Grozelier, Spitz, Schode (Srdečný, 1983).

Do počátku 19.století u nás nenalézáme v literatuře zmínky o využití tělesné výchovy k léčebným účelům. Mezi první průkopníky v této oblasti patří lékaři, kteří přednáškami, teoretickými pracemi a vlastním příkladem přispěli k uznání tělesné výchovy jako prostředku ke zlepšení zdravotního stavu oslabených jedinců. O léčebný tělocvik se zasloužili lékaři Hirsch (založil první ortopedický ústav, kde cvičil podle zásad vyrovnávací švédské gymnastiky), Spott a Kneidl. V práci se zdravotně oslabenou mládeží se objevuje také první žena, K.Hanušová, která již v Sokole propagovala cvičení proti chybnému držení těla, tělocvik jako zdravotní léčebný prostředek. V roce 1913 založil MUDr. Rudolf Jedlička první český "Ústav pro léčbu a výchovu mrzáků" a od té doby nese jméno svého zakladatele. Jedličkův ústav i další ústavy v jiných městech zahrnuli do péče o zdravotně postižené také tělesnou výchovu. K osamostatnění tělesné výchovy zdravotně oslabených od léčebné dochází až v roce 1950, kdy byla Ministerstvem školství zavedena nepovinná forma pro všechny stupně škol včetně vysokých a to zvláštní TV. *„Na Základních a středních školách byly do zvláštní Tv zařazovány především děti s ortopedickými problémy (vadné držení těla, ploché nohy). Na vysokých školách vznikaly oddíly tzv. „smíšené“ pro studující s oslabením nejen hybného, ale i srdečněcévního, dýchacího a nervového systému.“* (Hálková, 2004) (Hálková, 2004, Hošková, Matoušová, 2000, Srdečný, 1983).

Vývoj dobrovolné tělesné výchovy zdravotně oslabených se objevuje ke konci padesátých let. Vznikaly především při vysokých tělovýchovných jednotách a vždy se specializovaly jen na jeden druh oslabení (např. obezitu, hypertenzi, bronchiální astma, diabetes). Kladem bylo, že na jejich základě byla založena komise vývojově opožděné mládeže při vědecké radě ÚV ČSTV. Komise byla složena z lékařů a pedagogů, odborníků na tělesnou výchovu se zaměřením na jednotlivé kategorie oslabení, která připravovala začlenění této formy

tělesné výchovy do organizačního systému ČSTV a zároveň pracovala na vytvoření metodických postupů pro jednotlivé kategorie a druhy zdravotních oslabení. Po dvacetileté práci pedagogů a lékařů došlo k začlenění rekreační formy tělesné výchovy pro jedince III. zdravotní skupiny do organizačního systému ČSTV a to do svazu Zdravotní tělesná výchova v roce 1982. Schválení předcházely dvouletý experiment, do kterého bylo zapojeno deset tělovýchovných jednot s oddíly pro různá oslabení v různých věkových skupinách. Tento experiment potvrdil vhodnost začlenění zdravotní tělesné výchovy do organizační struktury ČSTV (Labudová, Motajová, 1991).

Následovalo založení komise zdravotní tělesné výchovy při předsednictvu Svazu zdravotní tělesné výchovy na federální úrovni. Vedení komise zdravotní tělesné výchovy při vědecko metodické řadě převzal doc. Strnad. Byly vypracovány osnovy pro školení cvičitelů zdravotní tělesné výchovy III. a II. třídy. Byly vydány učební texty, pořádala se školení i semináře pro cvičitele. Po roce 1989 se stala zdravotní tělesná výchova součástí tělovýchovného programu Asociace Sport pro všechny (ASPV) i Sokola. Obě tyto organizace zůstávají i nadále pilíři realizace a vzdělávání zdravotní tělesné výchovy. Dnes je zdravotní TV začleněna do učebních plánů na fakultách tělesné výchovy a pedagogických fakultách, kde mají budoucí učitelé možnost seznámit se s tímto oborem (Hálková, 2004, Hošková, Matoušová, 2000).

1.3 VÝVOJ ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY NA ŠKOLÁCH

První pokusy o zavedení tělesné výchovy zdravotně oslabených do našich škol se objevují ve školním roce 1948/1949. Dochází tak k realizaci myšlenky pomoci zdravotně oslabené mládeži tělovýchovnou činností podle druhu a velikosti oslabení. U zrodu této myšlenky stojí především MUDr. J.Vavřda (lékař a univ.prof.) a doc.dr. Škvára (středoškolský profesor). Prosazování jejich názorů a myšlenek nebylo zpočátku vůbec snadné, protože zvláštní tělesná výchova nebyla vůbec kryta úředními předpisy. Ve školním roce 1949/1950 byly vydány první pokyny k zajištění zvláštní tělesné výchovy na školách. V roce 1950 byly vydány ministerstvem školství první směrnice a v roce 1951 vyšel výnos "Oddělení zvláštní tělesné výchovy pro oslabenou školní mládež". Tyto první směrnice a výnosy byly zaměřeny na oslabení ortopedická. Zlepšení péče o zdravotně oslabené žáky a dorost v učebním poměru si vyžádalo v dalších letech změnu předpisů. Osnovy vydané roku 1960 měly v učivu zahrnuta oslabení ortopedická, oslabení interní a oslabení nervová. Roku 1973 se stala zdravotní tělesná výchova součástí učebních osnov všech stupňů škol (Kozelek, Srdečný, Švec, 1983).

V současné době není doceněn význam péče o zdravotní stav školáků se zdravotním oslabením a postižením a možnosti jeho ovlivňování tělovýchovou a vzděláváním přímo ve škole. Ředitelé škol, kteří vycházejí ze školních osnov, většinou řeší komplikace se zdravotní tělesnou výchovou začleněním oslabených žáků do hodin tělesné výchovy s úlevami. Lze říci, že na takovýchto školách jsou zdravotně oslabení žáci značně znevýhodněni, ochuzeni o informace, jak tím nejjednodušším způsobem, pohybem a jeho řízeným, uvědomělým procvičováním pečovat o svůj zdravotní stav (Strnad, 2005).

1.3.1 Základní školy

Učební osnovy základní devítileté školy pro tělesnou výchovu schválené výnosem ministerstva školství v ČSR ze dne 25.května 1973 č.15099/73-200 P, které obsahují i část pro zdravotní tělesnou výchovu. Učivo bylo rozděleno na oslabení podpůrného aparátu, dýchacího aparátu, oběhového aparátu, oslabení následkem otylosti a nervová oslabení. Podle Adamírové bylo v roce 1973 v ČSR 2745 oddělení zdravotní tělesné výchovy. Většina oddělení byla s oslabením ortopedickým a pouze ojediněle byla zmiňována oddělení s oslabením dýchacího nebo srdečního systému (Srdečný, 1983).

1.3.2 Školy II. cyklu

Učební osnovy zdravotní tělesné výchovy pro gymnázia, střední odborné a odborné školy byly schváleny ministerstvem školství ČSR dne 3. září 1973, č. 22615/73-210. Učivo bylo rozlišeno do 7 skupin oslabení: oslabení dýchacího systému, oběhového systému, některá další vnitřní oslabení, oslabení podpůrného aparátu, oslabení smyslová, oslabení neuro-psychická a oslabení gynekologická. Počet studujících, kteří byly zařazeni do zdravotní tělesné výchovy v roce 1973, byl dle Adamírové velmi malý. Většina žáků na těchto školách byla osvobozována od tělesné výchovy. Na středních školách odborných a učňovských se tato forma tělesné výchovy nevyskytuje (Srdečný, 1983).

Tabulka 1: Zrušená oddělení zdravotní TV na sledovaných ZŠ a SŠ školách od r. 1966-2004 (Strnad, 2005).

Období	Zrušená oddělení	% z n = 241
1966 až 1988 (22 let)	39	16.2%
1989 až 2004 (15 let)	202	83,8%

1.3.3 Vysoké školy

Učební osnovy zdravotní tělesné výchovy pro vysoké školy byly schváleny ministerstvem školství ČSR výnosem ze dne 18. července 1973 č. 19117/73-31.

Tyto osnovy obsahují program zdravotní tělesné výchovy, kde je uvedeno 8 skupin oslabení: oslabení podpůrně pohybového aparátu, srdečního systému, respiračního systému, gastrointestinálního, endokrinologického - metabolického, gynekologického, smyslového a nervového systému. Na vysokých školách (mimo pedagogické fakulty) bylo v roce 1973 zařazeno do oddělení zdravotní tělesné výchovy 1735 posluchačů (Adamírová). Od školního roku 1965-1966 všechny pedagogické fakulty, v ČR i na Slovensku, zajišťovaly systematickou péči o oslabené posluchače (cvičením v odděleních zdravotní tělesné výchovy). Úkolem zdravotní tělesné výchovy by mělo být nejen zlepšení stavu oslabených žáků, ale také vytvoření správného vztahu, jak ke cvičení z hlediska výchovného a preventivního, tak k oslabené mládeži (Srdečný, 1983).

1.4 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍCH OSLABENÍ

Z hlediska zdravotní tělesné výchovy rozlišujeme devět druhů zdravotních oslabení.

1.4.1 Oslabení hybného systému

Oslabení hybného systému jsou velice častá u všech věkových skupin a často se s nimi setkáváme ve zdravotní TV. Většinou se jedná o oslabení související s chybnými pohybovými stereotypy, hlavně pak s vadným držením těla a svalovými dysbalancemi. Především u dětí a mládeže se většinou jedná o dočasné poruchy, které lze vhodným a pravidelným cvičením zlepšit nebo úplně napravit (Kyralová, Matoušová, 1996).

Mezi hlavní poruchy držení těla patří:

a) Kyfotické držení

Tato porucha se projevuje nápadně zvětšenou hrudní kyfózou, vysunutím ramen a zpravidla i krku s hlavou dopředu. Příčinou kyfotického držení je svalová dysbalance mezi šíjovým, mezilopatkovým a zádovým svalstvem, které je ochablé a naopak svaly prsními, které jsou zkrácené. Z toho můžeme odvodit jakým způsobem vyrovnat toto oslabení. Nejprve je potřeba protáhnout zkrácené prsní svaly a naopak přímivými cviky posílit svalstvo v oblasti krční a hrudní páteře (Adamírová, 1987, Srdečný, 1987, Čermák, Strnad, 1976).

b) Hyperlordotické držení

Tato porucha se může objevovat jak v oblasti krční tak i bederní lordózy. Zvětšená krční lordóza je příčinou svalové nerovnováhy mezi hlubokými šíjovými svaly a svaly, které ohýbají krk a hlavu. Proto je nejprve potřeba se zaměřit na zlepšení svalové dysbalance, pak upevňovat správné držení hlavy ve všech polohách. Příčinou zvýrazněné bederní lordózy je nerovnováha mezi svalstvem v oblasti beder, oslabené břišní svalstvo a také nesprávné postavení pánve. Prvním předpokladem úpravy je tedy uvolnění svalů v oblasti beder (vzpřimovače páteře a předních svalů kyčelních) (Syslová, 2003, Srdečný, 1987).

c) Hypolordotické držení

Tato vada se projevuje oploštělým fyziologickým předozadním zakřivením páteře. Svaly trupu jsou ochablé, ale u této vady nejsou některé svalové skupiny výrazně zkrácené a jiné naopak uvolněné, ale veškeré svalstvo trupu je spíše hypotonické. Plochá záda jsou méně odolná vůči většímu zatížení, proto snadno inklinují k bočnímu vychýlení páteře. Cílem cvičení je tedy zlepšit pružnost páteře a vytvořit chybějící fyziologické zakřivení. Vhodné jsou záklony v oblasti krční a bederní páteře a ohnuté předklony v oblasti hrudní části páteře (Syslová, 2003, Srdečný, 1987).

d) Skoliotické držení

Na rozdíl od ortopedické vady, tzv. Idiopatické skoliózy, která nepatří do zdravotní TV, skoliotické držení je funkční, statickou poruchou, kterou

však lze vůlí vyrovnat. Tato vada se vyskytuje častěji u dívek. Její příčinou může být nestejná unavitelnost nebo oslabení svalstva v jednotlivých částech páteře, jednostranný sport či jednostranné pracovní zatížení. Projevuje se nesouměrností postavy při čelním pohledu např. nestejná výška ramen, lopatek nebo boků. Hlavní zásadou, na kterou je nutno dbát při cílené kompenzaci této vady, je symetričnost cvičení a správná vazba dýchání na pohyb. Vhodná jsou cvičení, která se zaměřují na vytvoření svalové rovnováhy a celkové zpevnění svalstva trupu. Doporučují se rotační cvičení, která by měla být doprovázena vhodným dechovým cvičením. Při skoliotickém držení se doporučuje zejména plavání a jakékoliv cvičení ve vodě. Nutno je také vyvarovat se nošení těžkých věcí, dlouhodobé statické zátěže a jednostrannému zatěžování páteře (Syslová, 2003, Adamírová, 1987, Srdečný, 1983, Čermák, Strnad, 1976).

e) Poruchy v oblasti pánve, kyčlí a dolních končetin

Můžeme se setkat s vbočenými či vybočenými koleními klouby, plochými nohama ale také s následky vrozené luxace kyčelního kloubu, či s různými poúrazovými stavy dolních končetin. Vhodná jsou cvičení, která rozvíjejí nebo pomáhají udržet optimální kloubní pohyblivost a cviky na posílení a aktivaci svalstva v oblasti kloubů (zvětšuje se tak stabilita kloubů). U plochých nohou bychom se měli zaměřit na cvičení, která aktivují svalstvo klenby nožní (sbírání předmětů prsty, různé druhy chůze či pídalkové pohyby chodidlem). Společně platí pro všechny vady dolních končetin, že by mělo být dbáno na omezení cvičení, která nadměrně zatěžují klouby, jako jsou skoky, delší běhy nebo delší chůze. Mezi aktivity vhodné při tomto druhu oslabení řadíme jízdu na kole, plavání a cvičení ve vodě. Tedy aktivity, kde nejsou dolní končetiny zatíženy celou vahou těla (Syslová, 2003).

Prevence bolesti zad

„Nejúčinnější prevence je ta, která odstraňuje všechny negativní vlivy provokující vertebrogenní poruchy a odchylky, které vedou k oslabení hybného systému.“ (Kyrlová, Matoušová, 1996). Je ovšem velice těžké všechny tyto vlivy eliminovat. Nevhodné jsou především zažitá pohybová stereotypy, kterých se zbavujeme jen velmi těžce. Bolesti zad mohou být způsobeny např. nevhodným pracovním prostředím (výška pracovního stolu, nevhodná výška židle) nebo špatnou polohou při spánku. Všechny běžné činnosti, které mají charakter dlouhotrvající statické činnosti přispívají k problémům se zády. Pohyb, jako účinná prevence, či prostředek ovlivňování již vzniklých poruch, je znám. Ovšem ne každá pohybová aktivita může pomoci. Proto je nutno při výběru pohybových aktivit respektovat především individuální problémy jedince, stav jeho hybného systému, tak abychom nepodporovali jeho chorobný stav. Velmi často se jako vhodná aktivita doporučuje plavání, ale ne každý plavecký styl může působit zlepšení daného oslabení. Například plavecký styl prsa je velice nevhodný u zvětšené hrudní kyfózy. Je nutno zmínit, že pokud má cvičení být účinné, musí být cíleně zaměřené a prováděné naprosto přesně se stálou korekcí. Lidé, kteří mají problémy s bolestí zad by se měli vyvarovat cvičení, která jsou prováděna švihem a rychle (Kyrlová, Matoušová, 1996, Adamírová, 1987).

1.4.2 Oslabení dýchacího systému

Mezi nejčastější oslabení respiračního systému patří bronchitidy, astma bronchiale a stavy po zápalu plic (Syslová, 2003).

Je známo, že osoby neotužilé jsou náchylnější k chorobám dýchacích cest, a proto systematické otužování velice napomáhá organismu vypořádat se s onemocněním. Ze zkušeností víme, že systematicky prováděná tělesná výchova člověka otužuje, takže jeho nemocnost je menší a i když onemocní, průběh choroby je kratší a většinou bez komplikací (Pernicová, 1993, Srdečný, 1983).

U osob s oslabeným dýchacím aparátem se cvičení zaměřuje především na uvolnění napětí a svalstva v oblasti hrudníku, ramen a na zvýšení pružnosti hrudníku. Pomocí různých cvičení se snažíme o zafixování správného dýchacího stereotypu. Důležitá je také správná koordinace pohybu s dechem s důrazem na dýchání nosem (hlavně během nádechové fáze) a snažíme se o postupné prohloubení fáze výdechu se zapojením břišních svalů. Pro jedince s oslabením dýchacího systému je nutno zajistit vhodné cvičební prostředí, tj. bezprašné a bez přítomnosti možných alergenů. Nevhodné jsou činnosti omezující dýchání a kde intenzita cvičení přesahuje možnosti organismu (Syslová, 2003, Kyrlová, Matoušová, 1996, Matoušová, 1992).

1.4.3 Oslabení kardiovaskulárního systému

Mezi oslabení oběhového systému patří onemocnění srdce (vrozené i získané srdeční vady, ischemická choroba srdeční, poruchy srdečního rytmu, záněty srdce), poruchy oběhové dynamiky (oběhová nedostatečnost, poruchy regulace krevního tlaku) a onemocnění cévní soustavy (kornatění tepen dolních končetin, záněty žil, chronická žilní onemocnění-varixy) (Kyrlová, Matoušová, 1996).

Srdečně cévní oslabení a jejich příznaky mohou být limitující při pohybové aktivitě i při běžných činnostech. Při nepřiměřené intenzitě tělesné zátěže může dojít ke zvýšení srdeční frekvence, rozšíření

srdečních komor, protože je snižená stažlivost i vypuzovací schopnost srdečního svalu. Jedna ze základních povinností cvičitele proto je sledování intenzity zátěže a hodnocení získaných údajů. Práce se cvičenci, kteří mají oslaben kardiovaskulární systém, vyžaduje úzkou spolupráci s lékařem (Kyrlová, Matoušová, 1996, Pernicová, 1993).

Mezi hlavní zásady cvičení kardiaků patří postupné, pravidelné zatěžování a mírné cvičební tempo. Přiměřená námaha posiluje srdeční sval. Pro kardiaky je vhodná vytrvalostní forma tréninku, fyzická zátěž ovšem nesmí být poddávkována ani nesmí srdeční sval přetížít. Proto je ideální dávkovat zátěž na podkladě funkčního vyšetření na bicyklovém ergometru. Nevhodná jsou cvičení rychlostní a silová, která by mohla vést k značným výkyvům krevního tlaku. Nevhodná jsou akrobatická cvičení vyvolávající stres a strach z možného pádu, emočně náročná cvičení, zejména hry. Sporty, které kardiakům naopak vyhovují jsou především pěší turistika, jízda na kole, lyžování, plavání vše pouze rekreační formou (Kyrlová, Matoušová, 1996, Matoušová, 1992, Srdečný, 1987).

1.4.4 Oslabení endokrinologická a metabolická

Mezi tato oslabení řadíme obezitu, diabetes I. a II. typu a endokrinní poruchy (Hošková, Matoušová, 2000).

V posledních letech je zaznamenán masový výskyt obezity ve všech hospodářsky vyspělých zemích. Nejedná se pouze o „vadu krásy“, ale o závažný problém, který zásadně ovlivňuje zdraví naší populace. Mezi nejvýznamnější faktory, které ovlivňují vznik obezity patří dědičné dispozice, způsob výživy, nedostatečný pohyb, psychologické faktory a v neposlední řadě také přejídání kojenců a nesprávné složení stravy těhotných žen. Důležité je si uvědomit, že

vznik obezity může každý člověk ovlivnit a to svým životním stylem (Kyrálová, Matoušová, 1996, Matoušová, 1992).

Obezitu lze definovat jako „nadměrné ukládání podkožního tuku“. V poslední době se hodnotí stupeň otylosti pomocí indexu tělesné hmotnosti BMI (body mass index), která lze vypočítat za vzorce:

$$\text{BMI} = \text{tělesná hmotnost (kg)} / \text{výška}^2 \text{ (m)}$$

Tabulka 2: Hodnocení tělesné hmotnosti podle BMI (Kyrálová, Matoušová, 1996).

ukazatel	muži	ženy
Zvýšená hmotnost	20,0 - 24,9	25,0 - 29,9
Obezita mírná	25,0 - 30,0	30,0 - 35,0
Obezita střední	30,1 - 35,0	35,1 - 40,0
Obezita těžká	35,1 a více	40,1 a více

„Obézní lidé trpí častěji nemocemi srdce a cév, jsou častěji postiženi infarktem srdečního svalu i mozkovou mrtvicí.“ (Kyrálová, Matoušová, 1996). Přetížení vahou těla se urychluje opotřebování a bolestivost nosných kloubů. Často se setkáváme s vadným držením těla, deformitami páteře atd. U obézních dětí je důležité rozvíjet všechny pohybové vlastnosti a schopnosti, aby co nejméně zaostávali za zdravými dětmi. Zapojení obézních dětí do kolektivu je velice důležité. Pohybový režim musí být pravidelný, intenzivní, nestresující a měl by se stát nedílnou součástí každodenního života. Vhodná pohybová aktivita pro obézní je intenzivní chůze. Nezatěžuje tolik klouby dolních končetin a je dostupná všem. Jako další vhodné aktivity jsou uváděny cyklistika a zimní turistika na lyžích (Kyrálová, Matoušová, 1996).

Cukrovka patří mezi další závažnou civilizační chorobu, která je známa již tisíce let. Kromě dědičných dispozic se na jejím rozvoji podílejí nepříznivé vlivy současné společnosti (snížená pohybová aktivita, stres, nesprávná strava aj.). Vhodnou, individuálně doporučenou tělesnou aktivitou, můžeme pozitivně ovlivňovat toto onemocnění. Fyzická aktivita zvětšuje svalovou hmotu, která je zásobárnou svalového glykogénu, z níž může dojít, v případě poklesu glykémie k uvolnění glukózy. Dochází tak k menším výkyvům glykémie v průběhu dne i během cvičení. Pravidelná pohybová aktivita přispívá k udržení optimální hmotnosti, zmírňuje pocit hladu a také zlepšuje kondici a přiměřenou vytrvalost diabetiků. Vhodné aktivity závisí na druhu a závažnosti tohoto oslabení (Syslová, 2003).

1.4.5 Oslabení gastrointestinálního systému

Mezi tato oslabení patří poruchy zažívacího ústrojí (funkční, organické) (Kyrlová, Matoušová, 1996).

Pohyb nepůsobí příznivě pouze na svalstvo, ale i na ostatní části těla (vnitřní orgány). Cílem pohybové aktivity u jedinců s tímto oslabením je odstranit nebo zmírnit poruchy trávicích orgánů a tím zlepšit jejich funkci. Cvičení by mělo být uvolňující, pohodové, ne příliš náročné na koordinaci a mělo by cvičence vést k pozitivnímu životnímu stylu bez zbytečného stresu a spěchu (Kyrlová, Matoušová, 1996).

1.4.6 Oslabení gynekologická

Gynekologická oslabení, se kterými se můžeme setkat, jsou poruchy menstruačního cyklu a bolestivá menstruace, zánětlivé stavy,

stavy po operacích, klimakterium, šestinedělí a gravidita (Hošková, Matoušová, 2000).

Velký význam pro udržení dobrého zdravotního stavu během celého života ženy mají uplatňované hygienické zásady. Ty jsou prevencí gynekologických obtíží v každém věku. Týkají se především životosprávy, dodržování osobní čistoty, ale také adekvátní pohybové aktivity. Na pohlavní rozdíly nesmíme zapomínat při volbě správné pohybové aktivity. Lze říci, že pro ženy nejsou nevhodné hmotnostní zátěže ve formě zvedání břemen. Zvyšuje se tím riziko přetížení dna pánevního a ovlivnění tak polohy orgánů malé pánve. Za nevhodné jsou též označovány typicky vytrvalostní a silová cvičení, při kterých jde o maximální zátěž. Za rizikové jsou považovány činnosti, kde se žena setkává s otřesy, nárazy nebo s vysokým rizikem infekce. V životě ženy by pohybový režim měl plnit především funkci kompenzační. Řada gynekologických obtíží je způsobena nedostatečně vycvičeným svalstvem dna pánevního. Proto význam pohybové aktivity u gynekologických oslabení je především v lepším prokrvení svalstva, v zabránění recidivy zánětů, odstranění, či zmírnění kontraktur, které způsobují bolesti (Kyrlová, Matoušová, 1996).

1.4.7 Oslabení nervová a neuropsychická

Počet oslabení zařazených do této kategorie neustále stoupá. V hodinách zdravotní TV se s tímto druhem oslabení můžeme setkat stále častěji. U dětí to jsou hlavně lehké mozkové dysfunkce, u dospělých především neurózy. Dále se můžeme setkat také se záchvatovými stavy, stavy po mozkových příhodách, pooperační stavy a ale také s oslabením mentálním a v neposlední řadě s epilepsií (Syslová, 2003, Hošková, Matoušová, 2000).

Tak jako u jiných druhů oslabení i tady se setkáváme s hlavním cílem, kterým by mělo být vytvoření trvale kladného vztahu k pohybové aktivitě. Velmi rozmanité příznaky a projevy těchto oslabení však vyžadují více individualizovaný přístup, než tomu je u jiných oslabení. Většinou se setkáváme se somaticky zdravými cvičenci, u kterých se projeví určité odchylky psychického stavu. Proto je důležité dbát na navázání blízkého kontaktu mezi cvičitelem a cvičencem, ale i mezi cvičenci navzájem. Vhodně vybrané aktivity, mohou k tomuto kontaktu přispět (Syslová, 2003, Kyrlová, Matoušová, 1996).

1.4.8 Oslabení smyslová

Smyslové orgány nám umožňují kontakt s okolním světem. Jejich činnost je úzce spjata s činností nervového systému a mozku. V hodinách tělesné výchovy se můžeme setkat především s lehčími poruchami zraku, sluchu a poruchami rovnováhy (Hošková, Matoušová, 2000).

Cílem zdravotní TV takto oslabených jedinců je především získat cvičence pro tělesnou výchovu i s jejich oslabením, zlepšit nebo udržet optimální fyzickou a psychickou kondici a hlavně napomáhat integraci do společnosti (Syslová, 2003).

1.4.9 Oslabení cvičenců staršího věku

Proces stárnutí sebou přináší spoustu změn. Především se snižuje celková vitalita organismu, chuť k pohybu, zhoršuje se také činnost jednotlivých orgánů a celkově dochází ke zhoršené regeneraci organismu. Pravidelná, vhodně zvolená aktivita může všechny tyto změny značně zpomalit. Proto lze říci, že hlavním cílem zdravotní TV je udržení optimální jak fyzické tak psychické kondice a tím pomoci se

vyrovnat s důsledky stárnutí. Cvičení jsou zaměřena hlavně na pohybový aparát, kardiovaskulární a dechový systém a v neposlední řadě také na psychiku. Pravidelná aktivita vytrvalostního charakteru (pěší turistika, plavání, cyklistika, zimní turistika na lyžích) je nejvhodnější, naopak se nedoporučují aktivity v rychlém tempu s rychlými změnami poloh, skoky a přeskoky, které také nejsou vhodné zejména proto, že nadměrně zatěžují nosné klouby (Syslová, 2003, Kyrálová, Matoušová, 1996).

1.5 EXPLORATIVNÍ METODA VÝZKUMU

Explorativní metoda je jednou z nejpoužívanějších metod výzkumu. Její největší předností je dostupnost. Pomocí prostředků, které nabízí je možné oslovit velké množství respondentů a získat tak velké množství dat. Oproti této nesporné výhodě stojí ovšem validita (platnost) získaných údajů. Ne vždy, údaje, které dotazovaný uvádí, jsou pravdivé. Jako další problém této metody je uváděna forma dotazování, která nemusí vyhovovat každému. Jsou lidé, kteří mají radši ústní formu vyjadřování (zřejmě by upřednostňovali rozhovor), naopak jiní lidé raději vyjadřují své myšlenky písemně, pak by byl vhodnější dotazník nebo anketa. Proto předkládaná forma nemusí vyhovovat všem respondentům a ve výsledku může poskytnout zkreslené údaje. Pokud se člověk rozhodne využít tuto metodu ke svému výzkumu, měl by všechny tyto negativní aspekty brát v úvahu. Mezi nejpoužívanější výzkumné techniky explorativní metody patří dotazník, anketa, rozhovor, beseda a autobiografie (Pelikán, 1998).

1.5.1 Dotazník

Dotazník můžeme považovat za vůbec nejpoužívanější metodu pedagogického výzkumu. Pomocí dotazníku můžeme získat nejen informace a data o respondentech, ale také jejich názory a postoje. Jak už bylo zmíněno, nespornou výhodou dotazníku je poměrně snadné získání velkého množství dat. Je určitě potřeba zmínit, že jsou údaje (názory, postoje), které jen těžko budeme zjišťovat jinou metodou. Negativní stránka dotazníku souvisí s obecnými problémy explorativní metody (subjektivita výpovědí, možnost volby pouze mezi určitým počtem odpovědí, aj.). Do určité míry lze negativním stránkám

dotazníku předcházet, a to především přesnou formulací jednotlivých otázek. Při konstrukci samotného dotazníku bychom se proto měli řídit základními pravidly. Otázky by měly být formulovány neutrálně, aby nebylo možno odvodit pozici tazatele. Alternativy, které jsou respondentovi nabízeny by neměly být formulovány tak, aby se na první pohled některé z nich jevily jako nepravděpodobné, či naopak jako optimální. A co je zřejmě nejdůležitější, otázky by měly být kladeny tak, aby byly srozumitelné pro všechny dotázané (Pelikán, 1998).

1.5.2 Rozhovor

Rozhovor je další z explorativních technik, která se ovšem neopírá o písemné vyjádření respondenta, ale je založena na ústní komunikaci. Používá se hlavně pro zjištění subjektivních prvků pedagogických událostí (např. postojů, mínění, názorů). Každý rozhovor je třeba chápat jako formu společenského styku a platí pro něj všechna pravidla mezilidské komunikace. Slovní odpovědi nejsou jedinými nositeli informací, je třeba brát v úvahu také mimiku, gesta a chování (Ducháčková, 1988).

Z hlediska vedení rozhovoru rozlišujeme:

Nestrukturovaný rozhovor – tento druh rozhovoru je nám důvěrně znám z každodenní mezilidské komunikace, ale lze jej využít i ve výzkumu. Smyslem je především neformální zjištění informací a navázání kontaktu se zkoumanou osobou. Volný rozhovor můžeme využít také pro doplnění údajů, které jsme získali předcházejícím výzkumem.

Strukturovaný rozhovor – se odlišuje jak svou funkcí, tak i realizací od předcházejícího typu. Smyslem strukturovaného rozhovoru je získání odpovědí na otázky, které si předem připravíme.

Polostrukturovaný rozhovor – je další velice využívanou variantou rozhovoru. Je to forma nezávislé komunikace, pomocí které se snažíme získat důvěru toho, s nímž chceme dále vést strukturovaný rozhovor. Vytvoření otevřené atmosféry je důležité pro získání validních odpovědí od respondenta (Pelikán, 1998).

Předností rozhovoru je bezesporu bezprostřední kontakt se zkoumanou osobou. Umožňuje položit doplňující otázky, a získat tak charakteristické údaje pro daného jedince. Během rozhovoru lze sledovat i reakce respondenta. Tak jako každá výzkumná technika, i rozhovor má jisté problematické stránky. Použití rozhovoru je poměrně časově náročné, a proto nelze oslovit velké množství respondentů. Dále také individualita získaných odpovědí výrazně komplikuje formu zpracování (Pelikán, 1998).

2 CÍLE A HYPOTÉZY DIPLOMOVÉ PRÁCE

Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce bylo, pomocí dotazníku, zjistit současný stav zdravotní tělesné výchovy na školách v Liberci.

Dílčí cíle

1. Zjistit aktuální stav výuky zdravotní tělesné výchovy na základních školách v Liberci.
2. Zjistit aktuální stav výuky zdravotní tělesné výchovy na středních školách v Liberci.
3. Porovnat daný stav v Liberci s celostátními výsledky.

Hypotézy

H1: Výskyt zdravotní tělesné výchovy na sledovaných školách bude nižší než 15 %.

H2: Oslabení hybného systému bude mít nejvyšší podíl na osvobození žáků od povinné TV, a to u více jak 40 % žáků.

3 METODIKA

Metodika zahrnuje charakteristiku testovaného souboru, dotazníku a způsobu zpracování dat.

3.1 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

V rámci mé práce byli osloveni učitelé tělesné výchovy všech základních a středních škol v Liberci (38 základních škol a 20 škol středních).

3.2 POPIS A DISTRIBUCE DOTAZNÍKU PRO UČITELE TĚLESÉ VÝCHOVY

Učitelům tělesné výchovy všech základních a středních škol v Liberci jsem rozdala dotazník (23 otázek), který byl vytvořen pro celostátní průzkum v roce 2005. Jeho cílem bylo zjištění stavu vyučovacího předmětu zdravotní tělesná výchova na školách v České republice. Výstupem měl být mimo jiné návrh doporučení MŠMT na koncepční řešení kvalitativně vyšší úrovně výchovy a vzdělávání dětí a mládeže k péči o své zdraví v rámci výše zmíněného vyučovacího předmětu.

Dotazník je poměrně obsáhlý a časově náročný. Pro správné vyplnění bylo třeba data nejprve nashromáždit a pak je v dotazníku vyhodnotit. Jednotlivé otázky jsou řazeny od obecnějších, týkajících se především učitelů a jejich dosaženého vzdělání nebo délky praxe, ke specifitějším, které zjišťují stav zdravotní tělesné výchovy na dané škole.

Dotazníky byly učitelům doručeny osobně, nebo po telefonické domluvě zaslány elektronickou poštou v období od listopadu 2005, kdy jsem začala s distribucí dotazníků na základních školách, do listopadu 2006, kdy se mi vrátil poslední dotazník ze školy střední. Při vyhodnocování jsem zjistila nesrovnalosti u některých odpovědí, proto bylo třeba vybrané učitele navštívit osobně a odpovědi doplnit, aby bylo možné jednotlivé otázky řádně vyhodnotit.

Vzhledem k rozsáhlosti dotazníku a především také postoji některých učitelů k tématu, se mi nepodařilo získat zpět dotazníky od osmi učitelů základních škol a čtyř učitelů středních škol. Celkový počet vrácených dotazníků je proto 46.

3.3 ZPRACOVÁNÍ DAT

K vyhodnocení získaných dat jsem použila statistické metody (procentuální vyjádření). Data jsou zveřejněna pomocí tabulek a grafů, k jejichž vytvoření byl použit tabulkový editor Microsoft Excel 2003 pro Windows XP.

3.3.1 Statistická významnost rozdílu dvou procentových hodnot

Testování dvou výběrových procentových hodnot je postup, kterým lze posoudit rozdíl v procentových hodnotách získaných u dvou nezávislých výběrových souborů. To co nás zajímá je, zdali rozdíl mezi procenty je náhodný, či nikoli. Výpočet testovacího kritéria t je určeno vztahem:

$$t = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{p_s(100 - p_s)}} \cdot \sqrt{\frac{n_1 n_2}{n_1 + n_2}}$$

kde p_1 = procento prvního výběru

p_2 = procento druhého výběru

p_s = odhad neznámé hodnoty procenta základního souboru, kterou vypočítáme ze vzorce:

$$P_S = \frac{m_1 + m_2}{n_1 + n_2} \cdot 100$$

m_1 a m_2 vyjadřují část souboru n_1 a n_2 , které testujeme (v absolutních číslech)

nulová hypotéza: (H_0) její podstatou je předpoklad, že mezi dvěma jevy není statistického rozdílu (čili, rozdíl je nulový),

tabulková kritická hodnota je menší, než vypočítaná hodnota testovacího kritéria – pak zamítáme nulovou hypotézu na dané hladině významnosti a tvrdíme, že sledovaný rozdíl je statisticky významný,

tabulková kritická hodnota je větší, než vypočtená hodnota testovacího kritéria – pak tedy nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout, a tvrdíme, že sledovaný rozdíl není statisticky významný (Kovář, Blahuš, 1989).

Zamítnutí, či potvrzení nulové hypotézy provádíme s určitou, předem zvolenou pravděpodobností. Tato pravděpodobnost se nazývá hladina významnosti, která většinou bývá 0,01 (což značí pravděpodobnost 1 %) nebo 0,05 (5% pravděpodobnost). Vypočítané hodnoty budu porovnávat s tabulkovou hodnotou $t = 1,96$ při pravděpodobnosti 5 % (Kovář, Blahuš, 1989).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V rámci výzkumu byly osloveny všechny základní a střední školy v Liberci, a to prostřednictvím učitelů tělesné výchovy (vždy jeden učitel z každé školy), celkem tedy 38 učitelů základních škol a 20 pedagogů středních škol. Během prvních dvou měsíců se mi vrátilo pouze 10 vyplněných dotazníků. Po telefonickém připomenutí se vrátily další dva dotazníky, proto bylo potřeba osobně navštívit učitele, kteří dotazník i přes opakované výzvy nevrátili. Vzhledem k rozsáhlosti a náročnosti dotazníku, ale také nezájmu některých učitelů o toto téma, mi odmítlo dotazník vyplnit 12 učitelů, kteří dali jasně najevo, že daná problematika zdravotní tělesné výchovy je nezajímá. Především odpověď jednoho učitele TV mě velice překvapila. Když byl tento pedagog, nejmenované základní školy, opakovaně žádán o vyplnění dotazníku odvětil, že jeho čas je velice vzácný, aby ho věnoval něčemu tak nepodstatnému jako je zdravotní TV. Nakonec se mi podařilo získat poměrně kompletní informace od 46 učitelů základních i středních škol v Liberci.

K problematice zdravotní tělesné výchovy se 20 % učitelů postavilo s nezájmem. Tito učitelé poukazovali především na to, že zdravotní TV na jejich škole není potřeba, protože oslabených dětí není mnoho a je proto možné je integrovat do hodin tělesné výchovy, která je jim individuálně přizpůsobována.

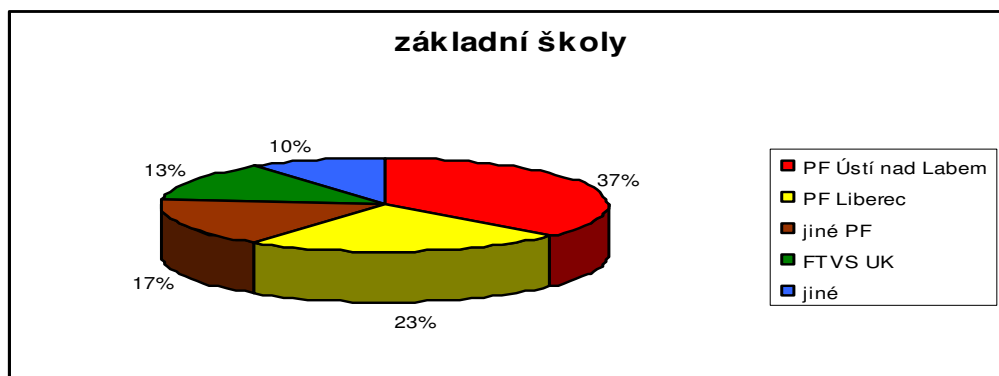
40 % oslovených učitelů se postavilo k výzkumu kladně. Do budoucna s tímto předmětem vážně počítají, především se zavedením rámcových vzdělávacích programů.

4.1 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK

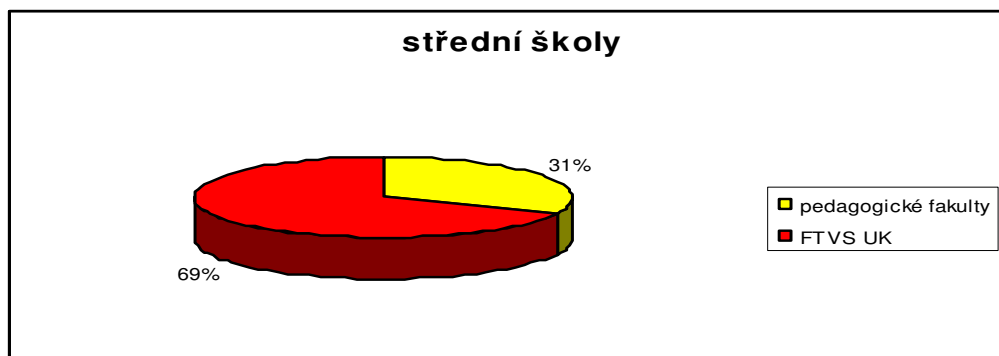
vysvětlivky: n= celkový počet učitelů, kteří se k dané otázce vyjádřili, pokud není uvedeno jinak procentový počet byl vypočítán u základních škol z n=30, u středních škol z n=16

Otázka 1. Na které vysoké škole, fakultě a ve kterém roce jste ukončil studium?

Z dotázaných učitelů základních škol 11 (37 %) vystudovalo pedagogickou fakultu v Ústí nad Labem, 7 (23 %) promovalo na pedagogické fakultě v Liberci, 5 (17 %) absolvovalo jinou pedagogickou fakultu, 4 (13 %) ukončili svá studia na fakultě tělesné výchovy a sportu a 3 (10 %) učitelé absolvovali školu nepedagogického směru. (viz obr. 1) 69 % středoškolských učitelů vystudovalo fakultu tělesné výchovy a sportu v Praze, zbylých 31 % učitelů ukončilo svá studia na pedagogických fakultách (viz obr. 2).

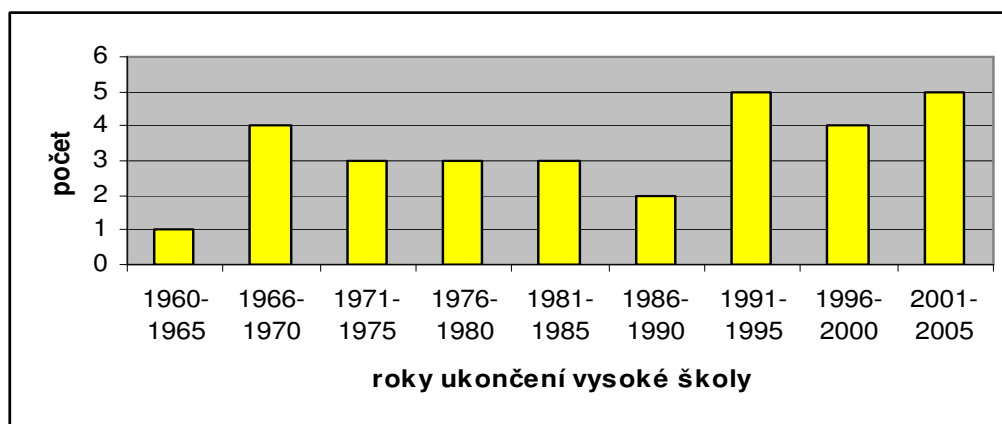


Obr. 1: Vysoká škola, na které dotázaní učitelé základních škol ukončili svá studia.



Obr. 2: Vysoká škola, na které dotázaní učitelé středních škol ukončili svá studia.

Na obrázku 3 je provedena sumarizace ukončení vysoké školy učitelů základních škol v pětiletých cyklech. Nejvíce absolventů (5) ukončilo svá studia v letech 1991-1995 a 2001-2005, 4 učitelé absolvovali v letech 1966-1970 a 1996-2000, nejstarší vyučující učitel TV na základní škole promoval v roce 1960. Nejvíce středoškolských učitelů (5) ukončilo studia v letech 1991-1995, nejdéle vyučující středoškolský učitel absolvoval v roce 1971. Celých 81 % středoškolských učitelů a 70 % učitelů základních škol ukončilo studia před více jak deseti lety.



Obr. 3: Rok, kdy učitelé základních škol ukončili svá studia na vysoké škole vyjádřeno v pětiletých cyklech.

Otázka 2. Jakou tělovýchovnou kvalifikaci jste vysokoškolským studiem získal(a)?

13 dotázaných učitelů základních škol získalo studiem kvalifikaci pro II. stupeň ZŠ, pro střední školu 7 respondentů, jinou kvalifikaci 2 učitelé a 5 dotázaných potřebnou kvalifikaci pro výuku tělesné výchovy nemá (tabulka 3).

Učitelé středních škol téměř všichni (14) uvedli patřičnou středoškolskou kvalifikaci, 1 dotázaný má kvalifikaci pro TV a sport a 1 respondent je nekvalifikovaný (tabulka 3).

V odpovědích na tuto otázku jsem se setkávala i s násobnými kvalifikacemi (I.+II.stupeň ZŠ, II.stupeň ZŠ + SŠ apod.). Pro vyhodnocení jsem brala vždy nejvyšší dosažené vzdělání.

Tabulka 3: Tělovýchovná kvalifikace učitelů základních a středních škol získaná vysokoškolským studiem.

	četnost ZŠ	% ZŠ	četnost SŠ	% SŠ
I. stupeň ZŠ	3	10 %	0	0 %
II.stupeň ZŠ	13	43 %	0	0 %
Střední škola	7	23 %	14	88 %
Jiné	2	7 %	1	6 %
Nemá TV kvalifikaci	5	17 %	1	6 %

Otázka 3. Kvalifikaci vyučovat zdravotní tělesnou výchovu jste získal(a)?

Kvalifikaci pro výuku zdravotní TV získalo 70 % učitelů základních škol a 88 % učitelů středních škol v rámci vysokoškolského studia. Celkem 10 učitelů (8 učitelů základních škol, 2 středoškolští učitelé) nemá kvalifikaci vyučovat zdravotní TV. 1 učitel základní školy absolvoval postgraduální (viz tabulky 4 a 5).

Tabulka 4: Zisk kvalifikace k výuce zdravotní TV (základní školy).

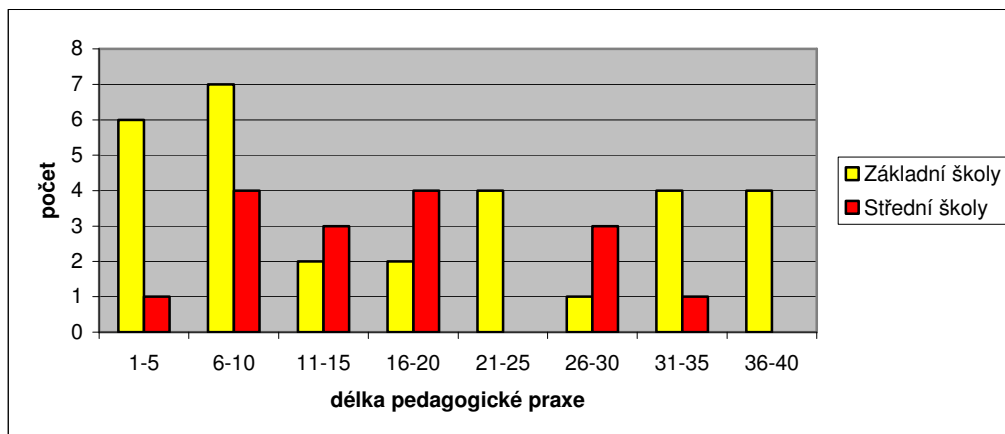
	četnost	%
V rámci vysokoškolského studia TV	21	70 %
Postgraduálním specializovaným kurzem	1	3 %
Odborným rekvalifikačním kurzem	0	0 %
Rehabilitačním, fyzioterapeutickým vzděláním	0	0 %
Nemám kvalifikaci pro ZTV	8	27 %

Tabulka 5: Zisk kvalifikace k výuce zdravotní TV (střední školy).

	četnost	%
V rámci vysokoškolského studia TV	14	88 %
Postgraduálním specializovaným kurzem	0	0 %
Odborným rekvalifikačním kurzem	0	0 %
Rehabilitačním, fyzioterapeutickým vzděláním	0	0 %
Nemám kvalifikaci pro ZTV	2	12 %

Otázka 4. Vyjádřete počtem let dobu Vaší pedagogické praxe:

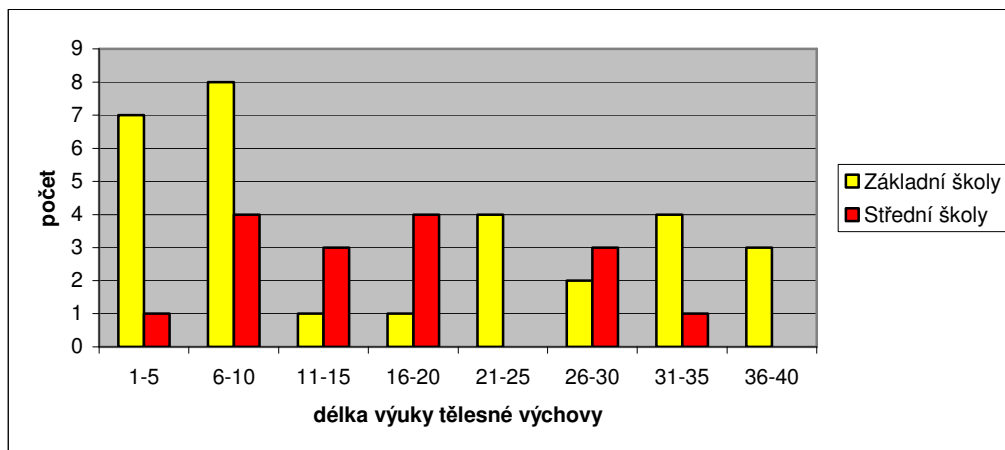
Délka pedagogické praxe se u dotázaných učitelů základních a středních škol pohybovala v rozmezí 1-40 let. Nejčastěji se objevovala délka praxe 6-10 let, a to jak u učitelů základních (7) tak i středních škol (4). Naopak 1-5 let praxe uvedlo 6 učitelů základních škol, ale pouze 1 středoškolský učitel. 43 % učitelů základních škol a 38 % středoškolských učitelů má více jak dvacetiletou pedagogickou praxi. (viz obr. 4)



Obr. 4: Četnost délky pedagogické praxe učitelů libereckých škol v pětiletých cyklech.

Otázka 5. Kolik let vyučujete, nebo jste vyučoval(a) tělesnou výchovu?

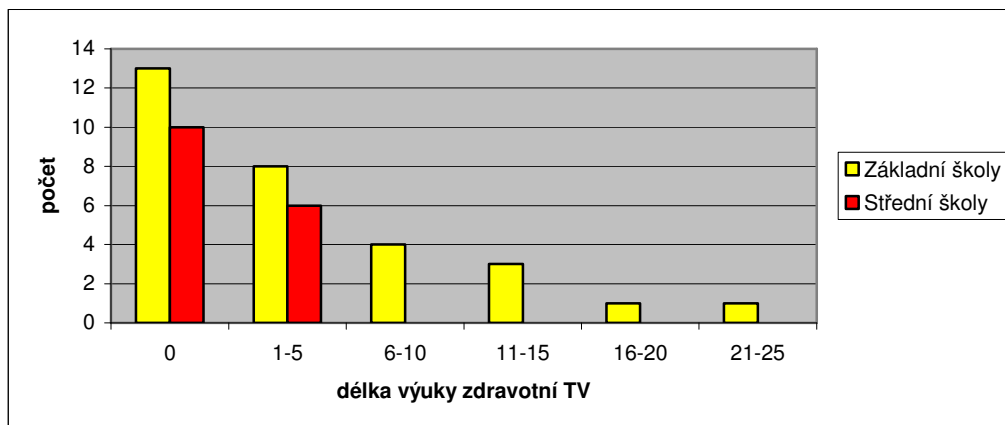
Délka výuky tělesné výchovy se dle odpovědí dotázaných učitelů pohybovala stejně jako u předchozí otázky v rozmezí od 1 do 40 let. Opět nejvyšší počet respondentů uvedl délku praxe výuky tělesné výchovy 6-10 let a to celkem 12 (8 učitelů základních škol a 4 středoškolských učitelé). Ostatní počty u jednotlivých pětiletých cyklů se lišily od předešlé otázky. 44 % středoškolských učitelů (7) vyučuje TV od 11 do 20 let, ale pouze 7 % učitelů základních škol (2). Déle jak dvacet let vyučuje tělesnou výchovu 43 % učitelů základních škol (13) a 25 % středoškolských učitelů (4). (viz obr. 5)



Obr. 5: Četnost délky výuky tělesné výchovy, vyjádřená v pětiletých cyklech.

Otázka 6. Kolik let vyučujete, nebo jste vyučoval(a) zdravotní TV?

Celkem 23 učitelů (13 učitelů základních škol a 10 středoškolských učitelů), což je přesně polovina, nikdy zdravotní TV nevyučovalo. Ze zbylých odpovědí nejvíce respondentů (8 učitelů základních škol a 6 učitelů středních škol) uvádělo délku výuky zdravotní TV pět a méně let. Žádný středoškolský učitel neuvedl delší, než pětiletou praxi. 4 učitelé základních škol vyučovali zdravotní TV 6-10 let, 3 učitelé 11-15 let a vždy 1 učitel 16-20 let a 20-25 let. (viz obr. 6).



Obr. 6: Počet učitelů s vyučovací praxí zdravotní TV, vyjádřené v pětiletých cyklech.

Otázka 7. Kolik vzdělávacích seminářů ze zdravotní TV jste po získání kvalifikace pro zdravotní TV absolvoval(a), a ve kterém roce jste se zúčastnil(a) posledního semináře?

Ze 46 učitelů 17 (14 učitelů základních škol, 3 středoškolští učitelé) absolvovalo nějaký typ vzdělávacího zdravotně tělovýchovného semináře. Většina však jen jeden až dva (13). Dva učitelé se zúčastnili tří seminářů s touto tematikou, 1 učitel uvedl semináře čtyři a 1 navštívil seminářů pět. 81 % dotázaných středoškolských učitelů a 53 % učitelů základních škol nikdy nenavštívilo ani jeden seminář, který by se týkal problematiky zdravotní TV.

Otázka 8. Vyučujete zdravotní TV v současné době?

Z dotázaných učitelů základních škol, pouze dva v současné době vyučují zdravotní TV. Ještě horší je situace na školách středních, kde zdravotní TV nevyučuje ani jeden dotázaný učitel. Informaci o zrušení zdravotní TV na škole uvedlo 10 učitelů. Oddělení zdravotní TV byly zrušeny v rozmezí let 1997-2004.

Z důvodů proč ke zrušení zdravotní TV došlo, převažují především rozvrhové obtíže, které uvedlo celkem 21 učitelů (10 učitelů základních škol a 11 středoškolských učitelů) a rovněž nedostatečné finanční prostředky zmíněné celkem 17 učiteli (7 učitelů základních škol a 10 středoškolských učitelů). 17 učitelů (14 učitelů základních škol, 3 středoškolští učitelé) nezvolilo ani jednu z nabízených možností a poukázalo na jiné důvody, které vedly ke zrušení zdravotní TV. Jednalo se především o nezáměr žáků nebo rodičů a u škol s malým počtem žáků a tříd nesplněná podmínka základního počtu oslabených žáků. V mnohých případech také vyučující narážejí na nedostatek prostorů pro zajištění výuky povinné TV a v neposlední řadě též nedostatečné ohodnocení vyučujících. (viz tabulky 6, 7)

Tabulka 6: Důvody zrušení zdravotní TV (základní školy). Procentový počet je vypočítán z n=26

	četnost	%
Nedostatečné materiální vybavení	0	0%
Rozvrhové obtíže	10	38%
Nedostatek finančních prostředků	7	27%
Jiné důvody	14	54%

Tabulka 7: Důvody zrušení zdravotní TV(střední školy).

	četnost	%
Nedostatečné materiální vybavení	0	0 %
Rozvrhové obtíže	11	69 %
Nedostatek finančních prostředků	10	63 %
Jiné důvody	3	19 %

Otázka 9. Jak získáváte potřebné informace o zdravotním stavu žáků zařazených do III. zdravotní skupiny?

Informace o zdravotním stavu žáků a studentů zařazených do III. zdravotní skupiny získávají učitelé hlavně od praktických lékařů (22 učitelů základních škol a 15 středoškolských učitelů) a rodičů (21 učitelů základních škol a 6 učitelů středních škol). Jako zdroj informací uvedlo tělovýchovného lékaře pouze 5 učitelů středních škol a 1 učitel základních škol (viz tabulka 8).

Tabulka 8: Informace o zdravotním stavu žáků získávají učitelé od:

	četnost ZŠ	% ZŠ	četnost SŠ	% SŠ
Praktického lékaře pro děti a dorost	22	73 %	15	94%
Tělovýchovného lékaře	1	3 %	5	31 %
Rodičů	21	70 %	6	38 %
Jiné zdroje informací	2	7%	1	6%

Otázka 10. Kdo dává podnět k osvobození žáka od tělesné výchovy?

Celkem 43 dotázaných pedagogů (29 učitelů základních škol a 14 středoškolských učitelů) uvedlo, že podnět k osvobození žáka od tělesné výchovy dává praktický lékař pro děti a dorost. Pouze malý počet žáků či studentů je osvobozován tělovýchovnými lékaři (4 učitelé). Žádosti rodičů byly zaznamenány v odpovědích devíti učitelů (6 učitelů základních škol a 3 středoškolští učitelé) (viz tabulka 9).

Tabulka 9: Podnět k osvobození žáka od tělesné výchovy.

	četnost ZŠ	% ZŠ	četnost SŠ	% SŠ
Od praktického lékaře pro děti a dorost	29	97 %	14	88 %
Od tělovýchovného lékaře	1	3 %	3	19 %
Od rodičů	6	20 %	3	19 %
Jiné zdroje informací	1	3 %	0	0 %

Otázka 11. Jaké důvody jsou uváděny k osvobození žáků od tělesné výchovy?

K důvodům, které vedou k osvobození žáků od tělesné výchovy, se 44 učitelů vyjádřilo k jednotlivým položkám zdravotních oslabení v počtech, které předkládám v tabulce 10. Tradičně je u školních dětí patrný velký výskyt poruch pohybového systému uveden celkem 36 učiteli (22 učitelů základních škol a 14 středoškolských učitelů). Poruchy dýchacího systému zmínilo celkem 16 učitelů (8 učitelů základních škol a 9 středoškolských učitelů), vyšší výskyt zřejmě souvisí se zhoršujícím se životním prostředím, především ve větších městských aglomeracích. Rovněž alergie se značně podílejí na osvobození žáků od tělesné výchovy (14 učitelů) a dočasně, po dobu klidu a rehabilitace také úrazy (18 učitelů).

Tabulka 10: Zdravotní důvody k osvobození žáků od tělesné výchovy. (základní školy-procentový počet vypočítán z n=28).

	četnost ZŠ	% ZŠ	četnost SŠ	% SŠ
Poruchy pohybového systému	22	79 %	14	88 %
Poruchy dýchacího systému	8	29 %	9	56 %
Poruchy oběhového systému	3	11 %	3	19 %
Poruchy neuropsychické	1	4 %	2	13 %
Poruchy gynekologické	0	0 %	3	19 %
Poruchy metabolické	1	4 %	0	0 %
Poruchy smyslových orgánů	0	0 %	0	0 %
Jiné důvody zdravotního stavu	3	11 %	2	13 %
Alergie	6	21 %	8	50 %
Úrazy	12	43 %	6	38 %
Infekční onemocnění	0	0 %	0	0 %

Otázka 12. Kolik žáků z celkového počtu žáků ve třídách, v nichž vyučujete TV, je zdravotně oslabeno se zdravotním postižením a osvobozeno od TV?

Z celkového počtu 2101 žáků základních škol bylo uvedeno pouze 32 zdravotně oslabených chlapců a 78 dívek což představuje 5,23 %. Počty zdravotně postižených jsou ještě nižší (9 chlapců a 9 dívek). 11 chlapců a 20 děvčat základních škol je osvobozeno od TV (viz tabulka 11).

Celkový počet studentů na sledovaných středních školách je 2885, z toho 29 zdravotně oslabených chlapců a 115 děvčat. To odpovídá 4,99 %. Počty zdravotně postižených dle odpovědí učitelů jsou zanedbatelné, pouze 1 chlapec a 2 dívky. 74 chlapců a 168 dívek je plně osvobozeno od povinné TV. (viz tabulka 12)

Z celkového počtu žáků a studentů 4986 tohoto vzorku, 548 žáků (11 %) je neschopno provádět pohybové aktivity povinné TV v plném rozsahu.

Tabulka 11: Poměr oslabených, postižených a osvobozených žáků z celkového počtu žáků (základní školy).

počet žáků	Z toho:		Z toho:					
			zdravotně oslabení		zdravotně postižení		osvobození od TV	
celkem	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
2 101	1 045	1 056	32	78	9	9	11	20
100 %	49,70%	50,30%	3,1 %	7,4 %	0,90 %	0,90 %	1,1 %	1,9 %

Tabulka 12: Poměr oslabených, postižených a osvobozených žáků z celkového počtu žáků (střední školy).

počet žáků	Z toho:		Z toho:					
			zdravotně oslabení		zdravotně postižení		osvobození od TV	
celkem	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
2 885	1 399	1 486	29	115	1	2	74	168
100 %	48,50%	51,50%	2,1 %	7,7 %	0,01 %	0,1 %	5,3 %	11,3 %

Otázka 13. Kolik žáků z celkového počtu žáků ve třídách v nichž vyučujete TV, je zařazeno do povinné TV s úlevami, vzhledem ke zdravotnímu oslabení či postižení?

Z celkového počtu 2 101 žáků 30ti základních škol je podle odpovědí učitelů pouhých 95 zařazeno do povinné TV s úlevami. Obdobná situace je i na školách středních. Z celkového počtu 2 885 studentů 16ti středních škol je pouhých 106 zařazeno do povinné TV s úlevami. V 16ti případech nebyli dotázaní učitelé ochotni na tuto otázku odpovědět, i když byli opakovaně tázáni (viz tabulky 13, 14). Lze předpokládat, že kdyby se vyjádřili všichni dotázaní byl by počet vyšší. Domnívám se, že někteří učitelé nemají přehled a ani se nezajímají o zdravotní stav žáků, které vyučují.

Tabulka 13: Počet žáků s úlevami (základní školy).

	chlapci		dívky		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Žáci s úlevami	34	36	61	64	95	100

Tabulka 14: Počet žáků s úlevami (střední školy).

	chlapci		dívky		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Žáci s úlevami	58	55	48	45	106	100

Otázka 14. Kolika vyučovacími hodinami v týdnu je zdravotní TV na škole pro žáky III. zdravotní skupiny zabezpečena?

Jednoznačným ukazatelem současného stavu výuky zdravotní TV je počet škol, kde se zdravotní TV vyučuje. V Liberci mají zavedeny hodiny zdravotní TV pro žáky III. zdravotní skupiny pouze čtyři (13%) základní školy (ZŠ Oblačná, ZŠ Česká, ZŠ Český Dub a ZŠ Kaplického). Žádná střední škola nenabízí zdravotně oslabeným žákům hodiny zdravotní tělesné výchovy. ZŠ Oblačná a ZŠ Český Dub zabezpečuje zdravotní TV jednou hodinnou týdně, ZŠ Kaplického uvedla dvou hodinovou dotaci a ZŠ Česká vyhrazuje pro žáky III. zdravotní skupiny dokonce 4 hodiny týdně. Ostatní respondenti uvedli, že na jejich škole zdravotní TV není zajištěna ani jednou hodinou v týdnu.

Otázka 15. Pokud znáte důvody, podle nichž byl žák zařazen do III. zdravotní skupiny (opíráte se o vyjádření lékařů a své profesní znalosti), uveďte prosím počty u níže uvedených oslabení /jedná se o žáky, které vy vyučujete/.

Z celkového počtu 46 učitelů, se na tuto otázku pokusilo odpovědět 41 z nich, tj. 89 %. Nejčastější důvodem zařazení žáka do III. zdravotní skupiny, jak vyplývá z odpovědí učitelů základních, tak i středních škol, je oslabení pohybového aparátu (celkem 243 žáků). Dále pak, s počtem 47 žáků, varianta jiného oslabení, kde se nejvíce objevovaly různé druhy alergií, onemocnění ledvin nebo imunologická oslabení a s počtem žáků 29, oslabení dýchacího systému. Středoškolští učitelé uvedli celkem 17 dívek s gynekologickými obtížemi. Další onemocnění zaznamenala nižší počty žáků (viz tabulky 15, 16).

Tabulka 15: Počty oslabených žáků základních škol u jednotlivých druhů oslabení, procentový počet vypočítán z n=27.

	počet žáků	Počet učitelů, kteří se vyjádřili (n-%)	Počet učitelů, kteří se nevyjádřili (n-%)
Oslabení pohybového systému	62	21 – 78 %	6 – 22 %
Oslabení dýchacího systému	16	10 – 37 %	17 – 63 %
Oslabení oběhového systému	3	3 – 11 %	24 – 89 %
Oslabení neuropsychická	0	0 – 0 %	27 – 100 %
Oslabení gynekologická	4	3 – 11 %	24 – 89 %
Oslabení metabolická	4	4 – 15 %	23 – 85 %
Oslabení smyslová	0	0 – 0 %	27 – 100 %
Jiná oslabení	9	4 – 15 %	23 – 85 %

Tabulka 16: Počty oslabených žáků středních škol u jednotlivých druhů oslabení, procentový počet vypočítán z n=14.

	počet žáků	Počet učitelů, kteří se vyjádřili (n-%)	Počet učitelů, kteří se nevyjádřili (n-%)
Oslabení pohybového systému	181	14 – 100 %	0 – 0 %
Oslabení dýchacího systému	13	6 – 43 %	8 – 57 %
Oslabení oběhového systému	5	4 – 29 %	10 – 71 %
Oslabení neuropsychická	6	3 – 21 %	11 – 79 %
Oslabení gynekologická	17	4 – 29 %	10 – 71 %
Oslabení metabolická	1	1 – 7 %	13 – 93 %
Oslabení smyslová	1	1 – 7 %	13 – 93 %
Jiná oslabení	38	10 – 71 %	4 – 29 %

Otázka 16. Kolik zdravotně oslabených a zdravotně postižených žáků pravidelně cvičí v odděleních ZTV na celé vaší škole?

K této otázce se nevyjádřilo 26 dotázaných (87 %) učitelů základních škol a 16 dotázaných (100 %) učitelů středních škol. Celkový počet žáků cvičících v odděleních zdravotní TV, který uvedli čtyři respondenti je 44.

Otázka 17. Kolik žáků dochází do vaší školy?

Celkový počet všech žáků na školách, kde respondenti učí, byl 14350 (9872 žáků základních škol, 4478 žáků středních škol). Tyto součty je třeba brát jen jako orientační. 7 respondentů neodpovědělo vůbec, v 5 odpovědích bylo uvedeno „přibližně“. Jejich neznalost základních počtů žáků na škole, kde vyučují, je zarážející. Nechci poukazovat na neochotu učitelů odpovídat na některé otázky, ale znát případně zjistit přesný počet žáků na své škole, je v silách každého učitele.

Otázka 18. Vyjádřete procentem Váš kvalifikovaný odhad žáků, kteří by potřebovali pravidelnou zdravotní TV. Myšleno z celkového počtu žáků vaší školy.

13 učitelů základních škol (43 %) a 5 učitelů středních škol (31 %) se k otázce nevyjádřilo nebo neuvedlo svůj odhad v procentech, (nemají přehled o zdravotním stavu žáků v jiných třídách, vyučují TV pouze dívky apod.). Procentuální odhady respondentů se velice lišily, a to od 1 % do 70 %. 10 dotázaných učitelů základních škol vyjádřilo svůj odhad mezi 1-5 %. 6 středoškolských učitelů odhadovalo procento žáků kteří by potřebovali pravidelnou zdravotní TV, mezi 6-10 %.

Otázka 19. V případě, že se na vaší škole nerealizuje zdravotní TV, která opatření by bylo třeba podle vašeho názoru učinit, aby byl zmíněný vyučovací předmět pro zdravotně oslabené zaveden?

Začlenit zdravotní TV řádně do rozvrhu je podle 22 respondentů (17 učitelů základních škol, 5 učitelů středních škol) spolu s nedostatkem finančních prostředků, který zmínilo také 22 dotázaných učitelů (14 učitelů základních škol, 8 středoškolských učitelů), největší překážkou pro zavedení zdravotní TV na dané škole. Celkem 13 učitelů poukazuje na nedostatek aprobovaných učitelů, stejný počet dotázaných učitelů uvedl jiné důvody (málo žáků, kteří by zdravotní tělesnou výchovu potřebovali, proto není potřeba ji zavádět nebo nezájem ze strany žáků, či rodičů). 9 respondentů poukazuje na potřebu kvalitnější spolupráce s lékaři. Čtyři učitelé se k otázce nevyjádřili, protože zdravotní TV je na jejich škole zabezpečena.

Tabulka 17: Co je třeba učinit, aby se zdravotní TV mohla na škole vyučovat? (základní školy- procentový počet vypočítán z n=26).

Co je třeba	četnost ZŠ	% ZŠ	četnost SŠ	% SŠ
Aprobovaní učitelé	9	35 %	4	25 %
Finanční prostředky	14	54 %	8	50 %
Začlenění ZTV řádně do rozvrhu	17	65 %	5	31 %
Zkvalitnit spolupráci s lékaři	7	27 %	2	12 %
Jiné	8	31 %	5	31 %

Otázka 20. Znáte „Metodický pokyn k postupu praktických lékařů pro děti a dorost při posuzování zdravotní způsobilosti k TV na ZŠ a SŠ“

Otázka 21. Znáte nějaký jiný materiál (směrnici, pokyn, předpis MZ..), který informuje lékaře o organizaci péče o zdraví při provádění tělesné výchovy a sportu?

Jako nezájem o danou problematiku můžeme považovat odpovědi na tyto dvě otázky. 97 % učitelů základních škol a 88 % středoškolských učitelů nezná „Metodický pokyn k postupu praktických lékařů pro děti a dorost při posuzování zdravotní způsobilosti k TV na ZŠ a SŠ“. Pouze dva učitelé základních škol znají jiný materiál (směrnici, pokyn..), ale neuvedli konkrétně jaký. Všichni středoškolští učitelé se k této otázce vyjádřili negativně (viz tabulky 18, 19).

Tabulka 18: Znalost „Metodického pokynu k postupu praktických lékařů pro děti a dorost při posuzování zdravotní způsobilosti k TV na ZŠ a SŠ.“

znalost pokynu	četnost ZŠ	% ZŠ	četnost SŠ	% SŠ
ano	1	3 %	2	12 %
ne	29	97 %	14	88 %

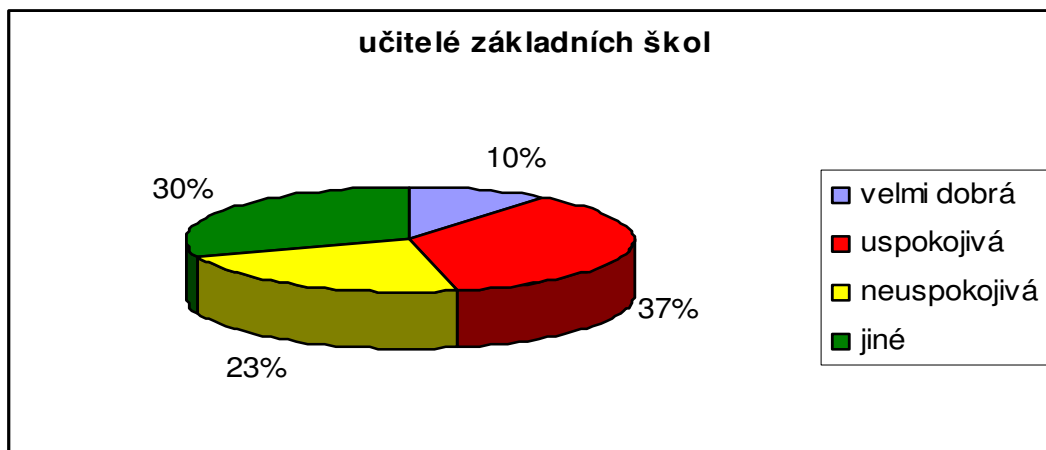
Tabulka 19: Znalost jiného materiálu.

znalost jiného materiálu	četnost ZŠ	% ZŠ	četnost SŠ	%SŠ
ano	2	7 %	0	0 %
ne	28	93 %	16	100%

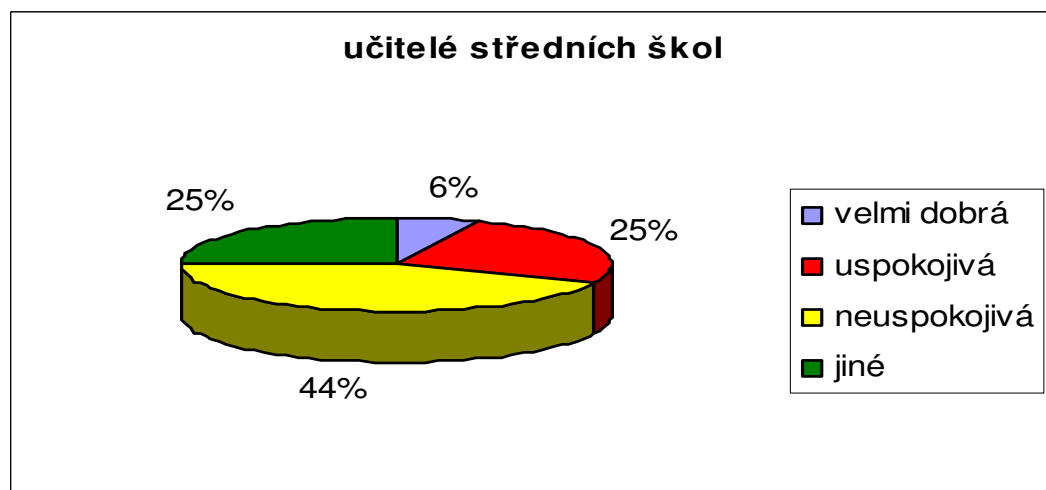
Otázka 22. Zhodnoťte kvalitu spolupráce s lékařem při zařazování dětí do zdravotních skupin.

Spolupráci učitelů TV s lékaři hodnotí celkem 19 učitelů kladně (41 %). 4 učitelé (3 učitelé základních škol, 1 středoškolský učitel) považují spolupráci za velmi dobrou. 15 respondentů (11 učitelů základních škol, 4 středoškolští učitelé) zhodnotilo kvalitu spolupráce jako uspokojivou. Negativně reagovalo na tuto otázku celkem 27 pedagogů (59 %). Za neuspokojivou považuje spolupráci učitelů s lékaři 7 učitelů, jak základních, tak i středních škol. Hodnocení v řádce „jiné“

vybralo celkem 13 respondentů a byla to vyjádření negativní. Učitelé poukazovali především na neexistenci spolupráce s lékaři, roztržitost lékařské péče a také na to, že učitel s lékaři nespolupracuje, pouze respektuje rozhodnutí, která učiní (viz obr 7, 8).



Obr. 7: Hodnocení kvality spolupráce učitelů s lékaři (základní školy).



Obr. 8: Hodnocení kvality spolupráce učitelů s lékaři (střední školy).

Otázka 23. Místo pro vyjádření doplňujícího názoru nebo vysvětlení k otázkám a položkám uvedeným v dotazníku.

Místo vyjádřit svůj názor k dané problematice využilo jen velmi málo dotázaných, pouze 10 % dotázaných učitelů základních škol a 6 % učitelů škol středních. Dovoluji si citovat :

„Jsem pesimista, že by se mohlo něco změnit, protože vše je podmíněno financemi. Pokud nebudou peníze na zaplacení učitelů a nebude místo pro další hodinu TV a též peníze na příslušné pomůcky pro zdravotní TV, nestane se nic, i když se to přikáže vyhláškou či doporučením.“ (Mgr. Pavlína Perglová, ZŠ Jablonné v Podještědí).

„Myslím si, že by zdravotní TV měla být na školách, ale největší problém vidím ve financích.“ (Mgr. Eva Ježková, ZŠ Dobiášova).

„Po roce 1989 otázky ZTV prostě přestaly existovat – zrušení instituce školních lékařů je asi rozhodující. Navíc rodič nemusí učitele se zdravotním stavem dítěte seznámit.“ (Mgr. Milan Regner, ZŠ Vrchlického).

„Mám velice špatné zkušenosti s částečnými a celkovými osvobozováními studentů od TV. Praktičtí lékaři většinou napíší, co si studenti přejí a zvyšují tím počet osvobozených žáků od TV. Doktoři učitelům nepomáhají a v tom vidím v současnosti největší problém.“ (Mgr. Lenka Matošková, SŠ Gastronomie).

4.2 POROVNÁNÍ STAVU ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY V LIBERCÍ S VÝSLEDKY CELOSTÁTNÍHO ŠETŘENÍ

Tuto kapitolu věnuji porovnání výsledků výzkumu vybraných odpovědí s celostátními výsledky, které vyplynuly z šetření v roce 2005 a byly publikovány doc. PhDr. Pavlem Strnadem, CSc. v monografii s názvem „Současný stav vyučovacího předmětu zdravotní tělesná výchova na základních a středních školách“. Do celostátního dotazníkového šetření bylo zahrnuto celkem 1330 základních a středních škol na celém našem území. Níže uvedené procentové počty byly vypočítány z celkového počtu škol ($n=1330$). Tři procentové hodnoty celostátního průzkumu byly vypočítány z $n=1042$, 288 učitelů se k této otázce nevyjádřilo.

Pro porovnání jsem vybrala pět otázek z dotazníku (viz příloha 1), o kterých si myslím, že poukazují přímo na stav zdravotní TV na našich školách.

Výsledky celostátního průzkumu ukázaly, že pouhých 20 % škol (266 z 1330) vyučuje zdravotní tělesnou výchovu alespoň jednu hodinu týdně. V Liberci je situace obdobná, pouze 9 % libereckých škol (4 z 46) nabízí oslabeným žákům hodiny zdravotní TV. Na základě testového kritéria se rozdíl ukázal jako statisticky nevýznamný ($T_1=1,88 < t_{0,05}$). Tato skutečnost jasně ukazuje na zahanbující stav tohoto předmětu na našich školách a zároveň také na nezájem ředitelů o předmět zdravotní tělesná výchova.

Celostátní výsledky ukázaly, že znovu zavedení zdravotní tělesné výchovy do výuky brání především obtíže se začleněním tohoto předmětu do výuky, což uvedlo 56 % dotázaných učitelů (584 z 1042) a také špatná spolupráce lékařů s učiteli, kterou zmínilo 49 % respondentů (509 z 1042). Učitelé libereckých škol, spolu s rozvrhovými obtížemi, poukazují na nedostatek finančních prostředků, obě možnosti

vybralo shodně 22 dotázaných učitelů ze 42, což představuje 52 %. Lze tedy říci, že z výsledků jak celostátního průzkumu, tak libereckého šetření vyplynulo, že zařadit tento předmět do rozvrhu se jeví jako největší překážka znovuzavedení předmětu zdravotní tělesná výchova. Další odpovědi respondentů libereckých škol a učitelů zahrnutých do celostátního výzkumu se lišily. 52 % libereckých učitelů (22 ze 42) poukazuje na nedostatek financí, v celostátním vzorku uvedlo tuto možnost 24 % respondentů (250 z 1042). Při hladině významnosti 0,05 se rozdíl ukázal jako statisticky významný ($T_2=4,13>t_{0,05}$). 49 % dotázaných učitelů (509 z 1042), v rámci celostátního průzkumu, poukazuje na nefungující spolupráci mezi učiteli a lékaři, v Liberci byla tato odpověď uvedena pouze 21 % respondenty (9 z 42). Výpočet potvrdil, že rozdíl je statisticky významný ($T_3=3,55>t_{0,05}$).

Učitelé libereckých škol ve 28 % (13 z 46) uvádějí získanou kvalifikaci pro II. stupeň základní školy, což je o 16 % méně než ukázaly celostátní výsledky, kde získání této kvalifikace uvedlo 44 % dotázaných učitelů (589 z 1330). T-test potvrdil statistickou významnost tohoto rozdílu ($T_4=2,01>t_{0,05}$). Kvalifikaci pro výuku na střední škole získalo celých 46 % učitelů libereckých škol (21 z 46), získání této kvalifikace v celostátním šetření uvedlo 36 % respondentů (476 z 1330). Na základě testového kritéria se rozdíl ukázal jako statisticky nevýznamný ($T_5=1,34<t_{0,05}$). Z výsledků celostátního průzkumu plyne, že 14 % pedagogů (181 z 1330) je bez kvalifikace pro výuku tělesné výchovy, situace na libereckých školách je obdobná, 13 % učitelů (6 z 46) uvedlo, že nemá potřebnou kvalifikaci pro výuku TV. Věcná nevýznamnost rozdílu je zřejmá. Poukázala bych také na to, že 50 % dotázaných učitelů (23 z 46) libereckých škol nikdy zdravotní TV nevyučovalo, což kopíruje celostátní výsledky, které ukazují také na vysoké procento učitelů 56 % (746 z 1330) bez zkušeností s výukou tohoto předmětu. Rozdíl je věcně nevýznamný.

U školních dětí se potvrdil tradičně vysoký výskyt oslabení pohybového systému, celostátní výsledky ukazují, že v 51 % se tento druh oslabení podílí na osvobození žáků od tělesné výchovy (673 z 1330). Situace na libereckých školách ukázala ještě vyšší výskyt tohoto oslabení, a to u 78 % osvobozených žáků (36 z 46). T-testem jsme potvrdili statistickou významnost rozdílu procentových hodnot ($T_6=3,62>t_{0,05}$). V této souvislosti bych poukázala na vyšší procento úrazů žáků libereckých škol, které se podílejí na osvobození v 39 % případů (18 z 46) oproti celostátním výsledkům, které ukázaly toto procento nižší a to 18 % (240 z 1330), což je statistický významný rozdíl ($T_7=3,55>t_{0,05}$). Ostatní druhy oslabení se podílejí na osvobození žáků od TV v menší míře, zde výsledky uvedené učiteli libereckých škol kopírují výsledky celostátního šetření.

Z porovnání vybraných výsledků lze vyvodit tyto závěry. 4 z porovnávaných 9 výsledků se ukázaly jako statisticky nebo věcně nevýznamné. Poukázala bych na počet škol s výukou zdravotní TV, kde výsledky v Liberci korespondují se situací na školách na celém našem území. 5 porovnávaných hodnot ukázalo statisticky významnou míru rozdílu výsledků libereckých škol a škol zahrnutých do celostátního šetření. Důvody proč se tyto výsledky lišily jsou, dle mého soudu, především v rozdílné velikosti testovaných souborů. Vzhledem k poměrně malému počtu škol, které jsme zahrnuli do našeho výzkumu (46), jsme měli možnost získat přesnější údaje, a to především rozhovory s jednotlivými učiteli. Pokud bychom museli vyhodnocovat pouze vrácené vyplněné dotazníky byly by, dle mého soudu, údaje značně zkreslené. Vzhledem k možnosti využití osobních návštěv učitelů se domnívám, že zjištěné výsledky na libereckých školách poněkud přesněji popisují stav zdravotní TV, než výsledky, které vyplynuly z celostátního průzkumu.

5 DISKUZE

Jasným ukazatelem současného stavu zdravotní tělesné výchovy je počet škol, kde se tento předmět vyučuje. V Liberci to jsou pouze čtyři základní školy a dokonce žádná střední škola, tato skutečnost je alarmující. Značná část škol zrušila zdravotní TV v posledních deseti letech. Jako hlavní důvody byly uvedeny rozvrhové obtíže a nedostatečné finanční prostředky. Někteří učitelé poukazují na to, že v jejich třídách je malý počet žáků, kteří by zdravotní TV potřebovali, proto jsou tito žáci začleněni do hodin povinné tělesné výchovy. Vzhledem k tomu, že celých 43 % učitelů základních škol a 63 % středoškolských učitelů zdravotní TV nikdy nevyučovalo, lze jen těžko předpokládat, že budou zařazovat vyrovnávací cvičení do průpravných částí hodin tělesné výchovy a tím zajistí individualizovaný přístup k žákům zdravotně oslabeným.

Z celkového počtu 4986 žáků libereckých základních a středních škol, 11 % není schopno provádět pohybové aktivity tělesné výchovy v plném rozsahu. Lze předpokládat, že reálně je toto číslo ještě mnohem vyšší. Především učitelé základních škol se v odpovědích mnohem častěji vyhýbají uvedení přesného počtu zdravotně oslabených, postižených, či osvobozených žáků. Z toho mohu vyvodit pouze to, že se o zdravotní stav žáků, které vyučují, nezajímají. Obecně lze říci, že informovanost učitelů o zdravotním stavu žáků je nedostatečná. Z výsledků vyplývá, že procento oslabených i osvobozených dívek od TV je vyšší než u chlapců, a to jak na základních, tak i středních školách. Procento osvobozených dívek na středních školách (11,3 %) je výrazně vyšší než uvedli učitelé základních škol (1,9 %). Středoškolští učitelé často poukazují na „zbytečné“ osvobozování, především dívek, od tělesné výchovy, kdy na

žádost rodičů lékař napíše doporučení k osvobození, ale často tím vyřeší pouze celkovou nechuť žáka k pohybové aktivitě.

Další skupina otázek byla zaměřena na vzdělání, délku praxe a kvalifikaci učitelů tělesné výchovy. Z dotázaných učitelů nemá kvalifikaci pro výuku tělesné výchovy 17 % učitelů základních škol a jeden středoškolský pedagog. Kvalifikaci pro výuku zdravotní tělesné výchovy získalo nejvíce učitelů při studiu na vysoké škole, bez kvalifikace je 27 % učitelů základních škol a 12 % středoškolských učitelů. Z výsledků vyplývá, že více jak desetiletou praxi má 57 % učitelů základních škol a 69 % středoškolských pedagogů. Počet čerstvých absolventů pedagogických fakult, kteří nastoupí na základní školy se snižuje. Práce učitele se stává pro mladé lidi nezajímavou a to především díky špatným platovým podmínkám, neobjektivnosti některých rodičů k práci učitelů, ale také nezájmu mnoha dětí o výuku a vzdělání. Neradostné je také zjištění, že velké procento učitelů (81 % středoškolských pedagogů a 53 % učitelů základních škol) nikdy neabsolvovalo žádný doškolovací seminář s tematikou zdravotní tělesné výchovy po ukončení studia na vysoké škole.

Poslední na co bych poukázala, je nízká úroveň spolupráce učitelů a lékařů, která by měla být samozřejmostí, především pro správné posouzení zdravotního stavu žáka a následnou aplikaci vhodné pohybové aktivity. 59 % učitelů libereckých škol považuje spolupráci lékařů s učiteli za neuspokojivou nebo neexistující. Nízká úroveň spolupráce plyne také z malé informovanosti učitelů o metodických pokynech určených pro praktické lékaře pro děti a dorost. 97 % učitelů základních škol a 88 % středoškolských učitelů tyto pokyny nezná. Znovuzavedením školních lékařů by mohlo dojít ke zlepšení již zmíněné spolupráce.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjištění stavu zdravotní tělesné výchovy na školách v Liberci. Zdravotní tělesnou výchovu v současné době vyučují pouze čtyři školy (9 %), což je velmi málo vzhledem k počtu žáků, kteří nejsou schopni provádět aktivity povinné tělesné výchovy v plném rozsahu (11 %). Na nepříznivém stavu tohoto vyučovacího předmětu se podílí také vysoké procento učitelů bez zkušeností s výukou zdravotní TV a nedostatečná informovanost učitelů o zdravotním stavu žáků. Výsledky výzkumu jasně ukazují na nelichotivý stav zdravotní tělesné výchovy na libereckých školách.

Stanovené hypotézy byly na základě výsledků šetření potvrzeny.

H₁: Výskyt zdravotní tělesné výchovy na sledovaných školách bude nižší než 15 %.

Hypotéza H₁ byla potvrzena. Oddělení zdravotní tělesné výchovy má zřízeno jen 9 % dotázaných škol.

H₂: Oslabení hybného systému bude mít nejvyšší podíl na osvobození žáků od povinné TV, a to u více jak 40 % žáků.

Hypotéza H₂ byla potvrzena. Oslabení hybného systému se v 78 % podílí na osvobození žáků od povinné TV.

Podle názorů oslovených učitelů, znovuzavedení nebo alespoň zlepšení stavu zdravotní tělesné výchovy je podmíněno především ekonomickou situací škol (zajištění aprobovaných učitelů a také možnosti jejich finančního ohodnocení) a také zvýšením počtu hodin povinné TV, které by mohlo vyřešit rozvrhové problémy zdravotní TV. Někteří učitelé by uvítali větší množství seminářů, kurzů a dalších informací o zdravotní TV.

Zdravotní stav dětí a celková tělesná zdatnost se zhoršuje. Lze předpokládat, že také procento zdravotně oslabených dětí bude narůstat. Tělesná výchova má velký význam pro zdravý rozvoj jedince, proto by každá škola vedle povinné TV, která je určena pro zdravé jedince bez zdravotních oslabení, měla nabízet i oddělení zdravotní tělesné výchovy, které by byly přizpůsobovány potřebám zdravotně oslabených žáků.

7 LITERATURA

1. ADAMÍROVÁ, J. *Prevence poruch páteře*. 1. vyd. Praha: ÚP ČSTV, 1987.
2. ČERMÁK, J. a STRNAD, P. *Tělesná výchova při vadném držení těla*. 1.vyd. Praha: AVICENUM, 1976.
3. DUCHÁČKOVÁ, O. aj. *Základy vědeckého výzkumu v pedagogice*. 1.vyd. Hradec Králové: PF v Hradci Králové, 1988.
4. HÁLKOVÁ, J. aj. *Zdravotní tělesná výchova*. Speciální učební text I. část. Praha: ČASPV, 2004. ISBN 80-86586-09-X.
5. HOŠKOVÁ, B. a MATOUŠOVÁ, M. *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy*. Praha: KAROLINUM UK Praha, 2000. ISBN 80-7184-621-X.
6. KÁBELE, F. *Tělesná výchova mládeže vyžadující zvláštní péči*. Praha: SPN, 1988.
7. KOVÁŘ, B. a BLAHUŠ, P. *Aplikace vybraných statistických metod v antropomotorice*. 1. vyd. Praha: SNP, 1989.
8. KOZELEK, K., SRDEČNÝ, V. a ŠVEC, J. *Přehled teorie tělesné kultury*. 2. vyd. Hradec Králové: PF v Hradci Králové, 1983.
9. KYRALOVÁ, M. a MATOUŠOVÁ, M. aj. *Zdravotní tělesná výchova*. Metodické texty pro školení cvičitelů zdravotní tělesné výchovy II.část. Praha: ONYX, 1996.
10. LABUDOVÁ, J. a MOTAJOVÁ, J. *Teória a didaktika zdravotnej telesnej výchovy*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 1991. ISBN 80-223-0370-4.
11. MATOUŠOVÁ, M. aj. *Zdravotní tělesná výchova*. 1. vyd. Praha: BEST, 1992.
12. PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: KAROLINUM UK Praha, 1998. ISBN 80-7184-569-8.

13. PERNICOVÁ, H. aj. *Zdravotní tělesná výchova*. 1. vyd. Praha: FORTUNA, 1993. ISBN 80-7168-086-9.
14. SRDEČNÝ, V. *Didaktika zvláštní tělesné výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: PF v Hradci Králové, 1987.
15. SRDEČNÝ, V. *Sport zdravotně oslabených*. 2. vyd. Hradec Králové: PF v Hradci Králové, 1983.
16. SRDEČNÝ, V. *Zvláštní tělesná výchova na základní škole*. 2. vyd. Hradec Králové: PF v Hradci Králové, 1983.
17. STRNAD, P. *Současný stav vyučovacího předmětu zdravotní tělesná výchova na základních a středních školách*. Praha: KAROLINUM UK Praha, 2005. ISBN 80-86317-37-4.
18. STRNAD, P. *Vybrané kapitoly z tělesné výchovy zdravotně oslabených*. Praha: SNP, 1989.
19. SYSLOVÁ, V. aj. *Zdravotní tělesná výchova*. Speciální učební text II. část. Praha: ČASPV, 2003. ISBN 80-86586-03-0.
20. ŠKVÁRA, F. a SRDEČNÝ, V. *Teorie vyučování zvláštní tělesné výchovy*. 2. vyd. Praha: Ústav pro učitelské vzdělání na UK, 1973.

8 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1: dotazník

Příloha 2: přehled dotázaných škol (základní a střední školy)

Příloha 3: zpracování dat z dotazníku (základní školy)

Příloha 4: zpracování dat z dotazníku (střední školy)

Příloha 5: přehled statistické významnosti rozdílů procentových hodnot
vybraných odpovědí

Příloha 1: Dotazník pro učitele tělesné výchovy

**Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu
společně
s Univerzitou Palackého v Olomouci, Fakultou tělesné kultury**

předkládá:

**dotazník pro učitele, kteří vyučují tělesnou výchovu a zdravotní
tělesnou výchovu.**

Vážená paní kolegyně, vážený kolego,

Níže zpracovaný dotazník je jedním z těch, který má posloužit ke zjištění stavu vyučovacího předmětu **zdravotní tělesná výchova** na našich školách. Je součástí rezortního výzkumného úkolu, vyhlášeného MŠMT pod identifikačním kódem LS 0306, jehož cílem je zlepšení stavu zdravotně oslabených žáků a studentů ve vzdělávacím systému České republiky. Výstupem má být m.j. návrh doporučení MŠMT, na koncepční řešení kvalitativně vyšší úrovně výchovy a vzělávání našich dětí a mládeže k péči o vlastní zdraví v rámci výše zmíněného vyučovacího předmětu. S ohledem na závažnost výzkumného projektu programu "Výzkum pro státní zprávu", s vyústěním do pedagogické praxe věříme, vážení kolegové, že dotazník pečlivě vyplníte.

Dotazník si prosím nejprve přečtěte. Pak si připravte potřebná data a materiály a na příslušných místech vyplňte tabulky čísla, odpovězte na otevřené otázky slovně, případně letopočtem a položky jednotlivých otázek, označené písmeny, zřetelně zakroužkujte (u dotazníků vyplněných na počítači, zřetelně označte požadovanou odpověď hvězdičkou) a vyjádřete tak své mínění, svoji zkušenost.

Za Vaši spolupráci předem upřímně děkuji!

Přesný název a adresa školy:

Jméno a příjmení učitele:

Telefon:

Mail:

Pokračování **přílohy 1**: dotazník pro učitele tělesné výchovy

1. Na které vysoké škole, fakultě a ve kterém roce jste ukončil studium?

.....
Rok:.....

2. Jakou tělovýchovnou kvalifikaci jste vysokoškolským studiem získal(a)?

- A) pro I.stupeň ZŠ s prohloubenou TV
- B) pro II. Stupeň ZŠ
- C) pro střední školy
- D) jinou (uved'te jakou).....
- E) nemám tělovýchovnou kvalifikaci

3. Kvalifikaci vyučovat *zdravotní tělesnou výchovu* (dále zdravotní TV) jste získal(a):

- A) v rámci vysokoškolského studia tělesné výchovy
- B) postgraduálním specializačním kursem, pořádaným (kým, termín konání)
.....
- C) odborným rekvalifikačním kursem, pořádaným (uved'te prosím vzdělávací institut a termín konání)
.....
- D) rehabilitačním, fyzioterapeutickým vzděláním
- E) nemám kvalifikaci pro zdravotní TV

4. Vyjádřete počtem let dobu vaší pedagogické praxe:.....

5. Kolik let vyučujete, nebo jste vyučoval(a) tělesnou výchovu?.....

6. Kolik let vyučujete, nebo jste vyučoval(a) zdravotní tělesnou výchovu?.....

Pokračování **přílohy 1**: dotazník pro učitele tělesné výchovy

7. Kolik vzdělávacích seminářů ze zdravotní TV jste po získání kvalifikace pro zdravotní TV absolvoval(a).....a ve kterém roce jste se účastnil(a) posledního semináře?.....

8. Vyučujete zdravotní TV v současné době?

ANO

celkový počet hodin v týdnu.....

NE

výuka zdravotní TV byla zrušena ve školním roce z těchto důvodů:

A) nedostatečné materiální vybavení (uveďte prosím jaké)

.....

B) rozvrhové obtíže

C) nedostatek finančních prostředků

D) jiné důvody (uveďte prosím jaké)

.....

9. Jak získáváte potřebné informace o zdravotním stavu žáků (studentů) zařazených do III. Zdravotní skupiny? (vyjádřete prosím i stručné hodnocení.)

A) od praktického lékaře pro děti a dorost

B) od tělovýchovného lékaře

C) od rodičů

D) jiné zdroje informací (uveďte prosím jaké)

.....
.....

* místo pro hodnocení:

10. Kdo dává podnět k osvobození žáka (studenta) od tělesné výchovy?

A) praktický lékař pro děti a dorost

B) tělovýchovný lékař

C) rodič

D) uveďte prosím i jinou zkušenost

.....

Pokračování **přílohy 1**: dotazník pro učitele tělesné výchovy

11. Jaké důvody jsou uváděny k osvobození žáků (studentů) od tělesné výchovy?

.....

.....

.....

.....

12. Kolik žáků (studentů) z celkového počtu žáků (studentů) ve třídách v nichž vyučujete TV, je zdravotně oslabeno, se zdravotním postižením, a osvobozeno od TV?

Třída, ročník	Počet žáků celkem	z toho		Z toho zdravotně oslabení		Z toho zdravotně postižení		Z toho osvobození od TV	
		hoši	a dívky	hoši	dívky	hoši	a dívky	hoši	a dívky

13. Kolik žáků (studentů) z celkového počtu žáků (studentů) ve třídách v nichž vyučujete TV, je zařazeno do povinné TV s úlevami, vzhledem ke zdravotnímu oslabení či postižení?

Třída, ročník	počet žáků v povinné TV s úlevami		
	hoši	dívky	celkem

Pokračování **přílohy 1**: dotazník pro učitele tělesné výchovy

14. Kolika vyučovacími hodinami v týdnu je zdravotní TV na škole pro žáky (studenty) III. zdravotní skupiny zabezpečena? (Do součtu zahrňte i vyučovací hodiny vašich kolegů (kolegyň), kteří spolu s Vámi na škole také vyučují zdravotní TV.)..... hod.týdně.

15. Pokud znáte důvody, podle nichž byl žák (student) zařazen do III. zdravotní skupiny, (opíráte se o vyjádření lékařů a své profesní znalosti), uveďte prosím počty u níže uvedených oslabení. Pokud důvody neznáte, místo čísla u jednotlivé položky uveďte prosím nemohu se vyjádřit. /jedná se o žáky, které Vy vyučujete/.

- A) oslabení pohybového systému
- B) oslabení dýchacího systému
- C) oslabení oběhového systému
- D) oslabení neuropsychická (např. dětská mozková dysfunkce..)
- E) oslabení gynekologická
- F) oslabení metabolická (např. obezita, cukrovka)
- G) oslabení smyslová
- H) jiná oslabení (specifikujte prosím jaká a číslem vyjádřete počet žáků)

16. Kolik zdravotně oslabených a zdravotně postižených žáků (studentů) pravidelně cvičí v oddělení (odděleních) zdravotní TV na celé vaší škole? (tj. včetně oddělení vašich kolegů.)

zdravotně oslabení		zdravotně postižení		celkem	
hoši	dívky	hoši	dívky	hoši	dívky

17. Kolik žáků (studentů) dochází do vaší školy?

Hoši	Dívky	Celkem

Pokračování **přílohy 1**: dotazník pro učitele tělesné výchovy

18. Vyjádřete prosím procentem Váš kvalifikovaný odhad žáků (studentů), kteří by potřebovali pravidelnou školní zdravotní TV (myšleno z celkového počtu žáků (studentů) vaší školy.)

A)%

B) je obtížné se vyjádřit (uved'te prosím důvod)

.....

.....

19. V případě, že se na vaší škole nerealizuje zdravotní TV, která opatření by bylo třeba podle vašeho názoru učinit, aby byl zmíněný vyučovací předmět pro zdravotně oslabené a postižené zaveden?

A) aprobování učitelé

B) finanční prostředky

C) začlenit zdravotní TV řádně do rozvrhu vyučovacích hodin

D) zkvalitnit spolupráci s lékaři

E) jiné (uved'te prosím jaké)

.....

.....

20. Znáte "metodický pokyn k postupu praktických lékařů pro děti a dorost při posuzování zdravotní způsobilosti k tělesné výchově na základních školách a středních školách?" - Č.j.: OZP/ 3-2542-6.11.1995. (prosíme o pravdivé sdělení.)

A) ANO

B) NE

21. Znáte nějaký jiný materiál (směrnici, pokyn, předpis ...), který informuje lékaře o organizaci péče o zdraví při provádění tělesné výchovy a sportu?

.....

.....

Pokračování **přílohy 1**: dotazník pro učitele tělesné výchovy

22. Zhodnoťte kvalitu spolupráce s lékařem (lékaři) při zařazování dětí do zdravotních skupin.

- A) velmi dobrá
- B) uspokojivá
- C) neuspokojivá
- D) jiné hodnocení

.....

.....

23. Místo pro vyjádření doplňujícího názoru nebo vysvětlení k otázkám a položkám uvedeným v dotazníku.

Velmi Vás prosíme, po vyplnění ještě jednou překontrolujte správnost Vašich odpovědí a přítomnost nevyplněných položek.

Při nejasnostech se obraťte na: Barbora Karasová, tel: 774 67 72 73,
mail: baru.karasova@seznam.cz

Příloha 2: Přehled dotázaných škol.

dotazník č.	Základní školy	dotazník č.	Střední školy
1	ZŠ Ještědská	1	SŠ právní a VOŠ právní
2	ZŠ a ZUŠ Jabloňová	2	ISŠ Na Bojišti
3	ZŠ Sokolovská	3	OA Šamánkova 8
4	ZŠ Český Dub	4	SŠ gastronomie a služeb
5	ZŠ Chrastava	5	Gymnázium Jeronýmova
6	ZŠ Česká 354	6	Gymnázium F.X.Šaldy
7	ZŠ Vrchlického	7	SPŠ strojní a elektrotechnická
8	ZŠ Dobiášova	8	SŠ a VOŠ zdravotnická
9	ZŠ U Školy	9	Soukromí OA Dvorská 447
10	ZŠ Křížanská	10	Euroregionální gymnázium
11	ZŠ Mníšek	11	Podještědské gymnázium
12	ZŠ Vítkov 68	12	Soukromá škola Hergesell
13	ZŠ Barvířská	13	ISŠ Truhlářská
14	ZŠ Lidická Hrádek n. N.	14	SOŠ Ještědská
15	ZŠ Náměstí Míru	15	SPŠ stavební
16	ZŠ Stráž nad Nisou	16	Střední umělecká škola
17	ZŠ Vratislavice		
18	ZŠ U Soudu		
19	ZŠ Oblačná		
20	ZŠ Husova		
21	ZŠ Kaplického 384		
22	ZŠ Lesní		
23	ZŠ Aloisina Výšina		
24	ZŠ Švermova		
25	ZŠ Na Žižkově		
26	ZŠ Jablonné v Podještědí		
27	ZŠ Rynoltice		
28	ZŠ Na Perštýně		
29	ZŠ ul. 5.května		
30	ZŠ Broumovská		

Příloha 3: zpracování dat z dotazníku (základní školy)

Otázka 1: absolvovaná vysoká škola, rok ukončení vysoké školy

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
pedagogické fakulty	■	■	■	■	■	■		■	■	■		■	■	■	■	■	■		■	■		■	■			■		■	■	■
FTVS, FTK							■														■			■	■					
ostatní											■							■									■			
rok ukončení	85	79	70	66	03	01	72	93	79	98	84	88	02	01	67	94	60	97	82	71	80	03	97	67	95	96	73	94	89	94

Otázka 2: získaná tělovýchovná kvalifikace

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
I.stupeň ZŠ	■	■																	■											
II.stupeň ZŠ			■	■	■	■			■				■		■		■			■		■	■			■		■		
střední škola							■	■						■		■				■					■				■	
jiná kval.																								■						■
nemá TV kval.										■	■	■						■									■			

Pokračování **Přílohy 3**: zpracování dat z dotazníku (základní školy)

Otázka 3: získání kvalifikace pro výuku zdravotní tělesné výchovy

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
v rámci vysokoškolského studia	■	■	■	■		■	■	■	■				■	■	■	■			■	■			■	■	■	■		■	■	■
postgrad.special.kurz																	■													
rekvalifikační kurz																														
rehabilitačním, fyzioterapeutickým vzděláním																														
nemí kval. pro výuku ZTV					■					■	■	■						■			■	■					■			

Otázka 4: délka pedagogické praxe

délka praxe	1-5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21-25 let	26-30 let	31-35 let	36-40 let
počet učitelů	6	7	2	2	4	1	4	4

Otázka 5: délka výuky tělesné výchovy

délka praxe	1-5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21-25 let	26-30 let	31-35 let	36-40 let
počet učitelů	7	8	1	1	4	2	4	3

Otázka 6: délka výuky zdravotní TV

délka praxe	0	1-5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21-25 let
počet učitelů	13	8	4	3	1	1

Pokračování **Přílohy 3**: zpracování dat z dotazníku (základní školy)

Otázka 7: účast na vzdělávacích seminářích po ukončení VŠ

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
zúčastnil		■	■	■		■					■				■		■	■	■	■					■	■			■	■
nezúčastnil	■				■		■	■	■	■		■	■	■		■					■	■	■	■			■	■		

Otázka 8:

a) výuka zdravotní TV v současné době

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ano						■													■											
ne	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

b) důvody zrušení zdravotní TV

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
nedostatečné mater. vybavení																														
rozvrhové obtíže	■	■					■		■				■			■			■						■	■			■	
nedostatek financí			■		■		■						■			■										■		■		
jiné důvody		■				■		■		■	■	■		■				■		■		■	■	■			■			■

Pokračování **Přílohy 3:** zpracování dat z dotazníku (základní školy)

Otázka 9: informace o zdravotním stavu žáků od:

[illegible]

Otázka 10: podnět k osvobození žáka od tělesné výchovy dává:

[illegible]

Pokračování **Přílohy 3:** zpracování dat z dotazníku (základní školy)

Otázka 11: důvody k osvobození žáků od tělesné výchovy

[illegible]

Pokračování **Přílohy 3:** zpracování dat z dotazníku (základní školy)

Otázka 13: počty žáků zařazené do povinné TV s úlevami

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
žáků celkem			19	13	3	10	4	1	1	2			8	9			5	1	1		1	3	7	1			2	2	1	1
dívky			19	7	3	10	0	1	1	2			5	0			0	0	1		1	3	5	1			0	2	0	0
chlapci			0	6	0	0	4	0	0	0			3	9			5	1	0		0	0	2	0			2	0	1	1

Otázka 14: počet zdravotní TV týdně

počet hodín	0	1	2	4
počet škôl	26	2	1	1

Otázka 15: počty žáků zařazených do III. zdravotní skupiny u jednotlivých druhů oslabení

[illegible]

Pokračování **Přílohy 3**: zpracování dat z dotazníku (základní školy)

Otázka 16: počty žáků pravidelně cvičících v oddělení zdravotní TV

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
chlapci				6		8													2		2									
dívky				7		7													8		4									

Otázka 17 a 18: celkový počet žáků na dané škole, procento žáků, kteří by potřebovali pravidelnou ZTV

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
celkový počet žáků	582	591	331	423	614	519	416	603	319	215	149	19	370	307	291	172		305	302	379	173	554		233	350	426	89	217	467	456
% odhad žáků, kteří by potřebovali ZTV	2		2			70	10	10		30	20		5	5	2			5			1	4		10	50			3	1	

Otázka 19: opatření, která by bylo třeba učinit, aby byla zdravotní TV zavedena

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
aprobovaní učitelé	■				■			■	■					■			■				■				■	■				
finanční prostředky	■	■	■		■			■	■	■					■					■				■		■	■	■		■
začlenění ZTV řádně do rozvrhu	■	■			■			■		■	■			■	■			■		■		■		■	■	■		■	■	■
zkvalitnit spolupráci s lékaři		■					■							■			■							■		■	■			
jiné		■			■						■	■	■			■						■	■							

Pokračování **Přílohy 3**: zpracování dat z dotazníku (základní školy)

Otázka 20: znalost metodického pokynu

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ano																		■												
ne	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Otázka 21: znalost jiného materiálu

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ano				■																		■								
ne	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■

Otázka 22: kvalita spolupráce učitelů s lékaři

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
velmi dobrá				■									■																	■
uspokojivá					■			■	■	■	■			■	■				■	■			■					■		
neuspokojivá	■		■			■										■										■	■		■	
jiné		■					■					■					■	■			■	■		■	■					

Příloha 4: zpracování dat z dotazníku (střední školy)

Otázka č.1 absolvovaná vysoká škola, rok ukončení vysoké školy

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
pedagogické fakulty	■	■							■			■		■		
FTVS			■	■	■	■	■	■		■	■		■		■	■
jiné																
rok ukončení	91	89	95	2	84	92	81	87	94	91	78	90	98	98	71	72

Otázka č. 2 získaná tělovýchovná kvalifikace

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
I. stupeň ZŠ																
II.stupeň ZŠ																
střední škola	■		■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
jiné				■												
nemá TV kval.		■														

Otázka 3: získání kvalifikace pro výuku zdravotní tělesné výchovy

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
v rámci vysokoškolského studia	■		■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■
postgrad. specializovaný kurz																
rekvalifikační kurz																
rehabilitační, fyzioterapeutické vzděl																
nemá ZTV kval		■							■							

Otázka 4: délka pedagogické praxe

délka praxe	1-5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21-25 let	26-30 let	31-35 let
počet učitelů	1	4	2	3	1	3	2

Otázka 5: délka výuky tělesné výchovy

délka praxe	1-5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21-25 let	26-30 let	31-35 let
počet učitelů	1	4	3	4	0	3	1

Otázka 6: délka výuky zdravotní TV

počet hodin	0	1
počet škol	10	6

Otázka 7: účast na vzdělávacích seminářích po ukončení VŠ

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
zúčastnil										■	■		■			
nezúčastnil	■	■	■	■	■	■	■	■	■			■		■	■	■

a) výuka zdravotní TV v současné době

[illegible]

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
nedostatečné mater. vybavení																
rozvrhové obtíže	■	■	■		■			■		■	■		■	■	■	■
nedostatek financí		■		■	■	■	■	■	■			■	■		■	
jiné důvody					■						■		■			

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
praktického lékaře	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■
TV lékaře					■					■			■		■	■
rodičů			■				■		■		■		■		■	
jiné zdroje inf.											■					

[illegible]

Pokračování **Přílohy 4:** zpracování dat z dotazníku (střední školy)

Otázka 11: důvody k osvobození žáků od tělesné výchovy

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
poruchy pohybové soust.	■	■	■	■	■		■	■		■	■	■	■	■	■	■
poruchy dýchací soust.		■	■		■			■		■	■		■	■	■	
poruchy oběhové soust.		■						■			■					
neuropsychické poruchy			■										■			
gynekologické poruchy	■			■												■
metabolické poruchy																
poruchy smyslových org.																
jiné druhy zdr. stavu			■							■						
alergie			■	■			■	■			■	■			■	■
úrazy	■					■			■					■	■	■
infekční onemocnění																

Otázka 12: počty oslabených, postižených a osvobozených žáků
z celkového počtu

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
tříd	11	5	4	1	4	3	4	4	4	6	6	5	3	3	8	4
žáků celkem	299	148	243	254	125	73	545	245	116	139	134	142	48	78	187	114
z toho chlapci	56	147	65	254	45	0	529	11	45	55	65	33	48	78	172	56
z toho dívky	243	1	178	0	80	73	16	234	71	85	69	109	0	0	15	58
zdrav. oslabení chlapci	0	13	9	0	0	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	0
zdrav. oslabené dívky	0	0	46	26	3	3	0	14	0	9	8	4	2	0	0	0
zdrav. postižení chlapci	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
zdrav. postižené dívky	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
osvobození chlapci od TV	8	14	6	0	0	0	34	0	0	1	2	1	0	0	7	1
osvobozené dívky od TV	56	1	34	20	8	1	1	18	0	9	1	4	0	0	0	15

Otázka 13: počty žáků zařazené do povinné TV s úlevami

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
žáků celkem		26			6	3	26	14		2	3		4			22
dívky		0			6	3	2	14		1	0		2			20
chlapci		26			0	0	24	0		1	3		2			2

Otázka 14: počet zdravotní TV týdně

počet hodin	0
počet škol	16

Pokračování **Přílohy 4:** zpracování dat z dotazníku (střední školy)

Otázka 15: počty žáků zařazených do III. zdravotní skupiny u jednotlivých druhů oslabení

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
oslab. pohybového s.	60	10	20	30	3	3	19	6		6	1	5	1		5	12
oslab. dýchacího s.	3	1	3					3		2			1			
oslab. oběhového s.		2			1			1			1					
neuropsychická osl.			3		1								2			
gynekologická osl.				10	1					1						5
metabolická osl.	1															
smyslová osl.						1										
jiná oslabení		1	8	6	2		5	2		2	5				2	5

Otázka 16: počty žáků pravidelně cvičících v oddělení zdravotní TV

K této otázce se nevyjádřil ani jeden dotázaný učitel.

Otázka 17 a 18: celkový počet žáků na dané škole, procento žáků, kteří by potřebovali pravidelnou ZTV

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
celkový počet žáků	299	754	458		619	637	545	245	232	139	180					370
% odhad žáků, kteří by potřebovali ZTV	10	7	18	50	10	3	35	10	20	8						10

Otázka 19: opatření, která by bylo třeba učinit, aby byla zdravotní TV zavedena

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
aprobování učitelé					■				■					■	■	
finanční prostředky			■		■		■			■		■		■	■	■
začlenění ZTV řádně do rozvrhu		■			■	■		■	■							
zkvalitnit spolupráci s lékaři				■									■			
jiné	■		■					■			■					■

Pokračování **Přílohy 4:** zpracování dat z dotazníku (střední školy)

Otázka 20: znalost metodického pokynu

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ano								■				■				
ne	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■		■	■	■	■

Otázka 21: znalost jiného materiálu

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ano																
ne	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Otázka 22: kvalita spolupráce učitelů s lékaři

číslo dotazníku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
velmi dobrá												■				
uspokojivá	■								■						■	■
neuspokojivá		■	■	■			■			■			■	■		
jiné					■	■		■			■					

Příloha 5: Přehled statistické významnosti rozdílů procentových hodnot vybraných odpovědí celostátního výzkumu z roku 2005 a výsledků, které vyplynuly z odpovědí učitelů libereckých škol.

Testovaný soubor	t-test ($\alpha = 0,05$)						
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
celostátní výsledky X výsledky v Liberci	ne	ano	ano	ano	ne	ano	ano

Vysvětlivky k tabulce:

α = hladina významnosti

T1 = stav výuky zdravotní TV na školách

T2 = co brání znovuzavedení zdravotní TV (finance)

T3 = co brání znovuzavedení zdravotní TV (spolupráce učitelů s lékaři)

T4 = kvalifikace vyučovat na II.stupni ZŠ

T5 = kvalifikace pro výuku na střední škole

T6 = oslabení pohybového systému , které vede k osvobození od TV

T7 = podíl úrazů na osvobození žáků od TV

Ano = rozdíl je statisticky významný při hladině významnosti 0,05

Ne = rozdíl není statisticky významný při hladině významnosti 0,05